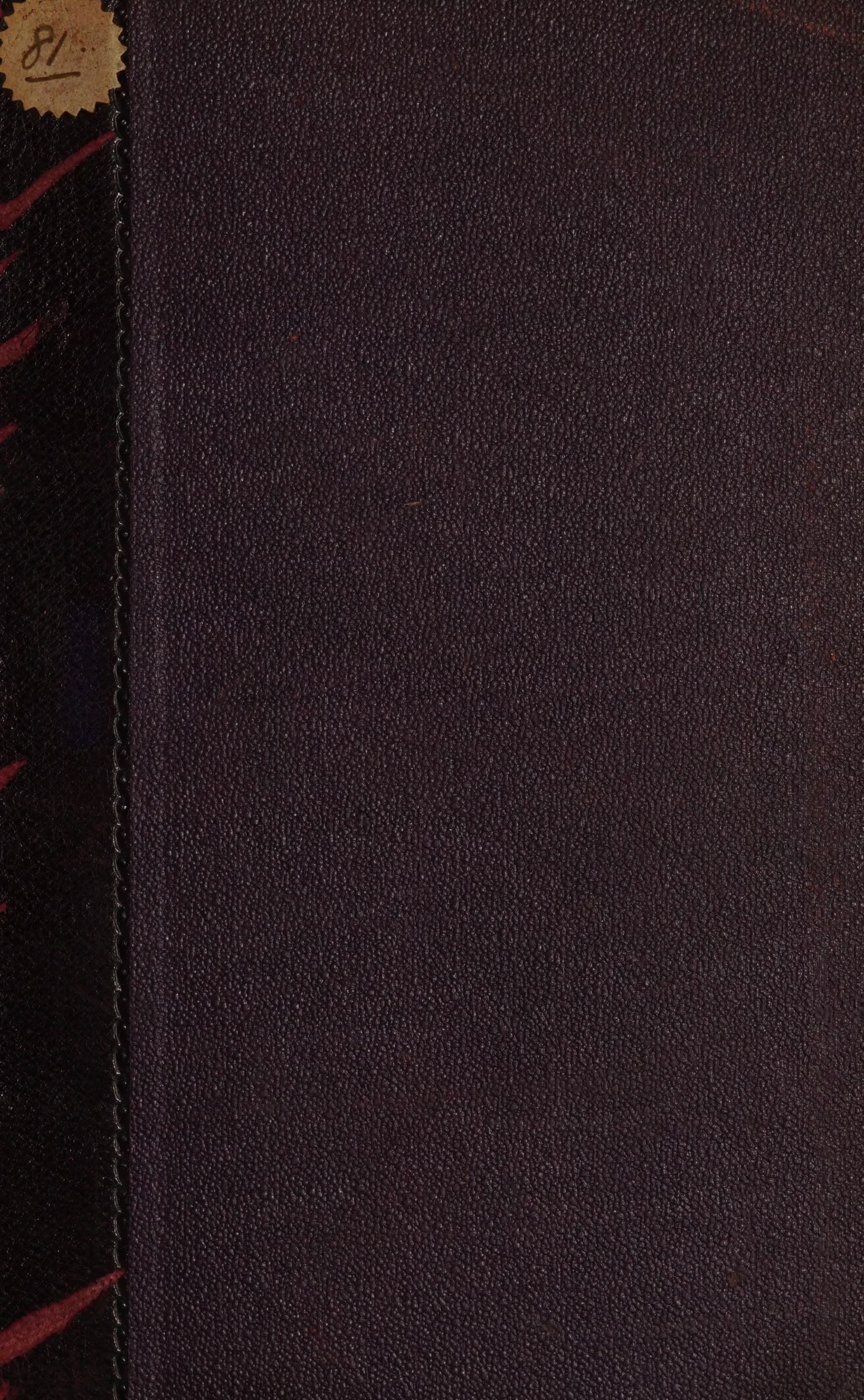
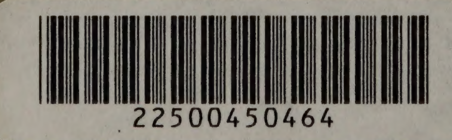

81.


22500450464



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

QUINZIÈME ANNÉE

TOME XXIX

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1887

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXIX

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE.

OBSTÉTRIQUE.

DERMATOLOGIE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

REVUE GÉNÉRALE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXIX

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE.

OBSTÉTRIQUE.

DERMATOLOGIE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

REVUE GÉNÉRALE.

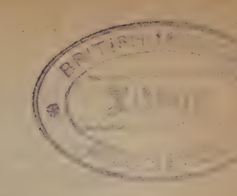
RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.



ANATOMIE.

La spécificité cellulaire et l'histogenèse chez l'embryon, par BARD (*Archives de physiologie*, 15 *mai* 1886).

Les divers types cellulaires ont chez l'adulte une indépendance originelle réelle; ils ne se transforment pas les uns dans les autres.

Cependant ils proviennent également d'une cellule unique, l'ovule fécondé.

Pour rendre compte de la constitution des espèces cellulaires et expliquer tous les faits observés, il faut donc distinguer deux mécanismes de prolifération cellulaire qui seraient d'une nature essentiellement différente. D'une part, il faut admettre un *processus de dédoublement* qui a pour but et pour résultat, pendant la période fœtale, de tirer d'une cellule une ou plusieurs cellules filles différentes entre elles et différentes aussi de leur cellule mère.

Ce processus de dédoublement serait comparable à l'analyse chimique qui sépare deux ou plusieurs corps étroitement unis en un composé unique, et cela en rendant à chacun d'eux ses propriétés spéciales. Il amènerait la séparation graduelle et de plus en plus complète des diverses espèces cellulaires. D'autre part, il faut admettre un *processus de multiplication* véritable, destiné à amener la reproduction de l'individu et la continuation de l'espèce par la conservation dans chaque cellule reproductrice de la nature complexe de la cellule originelle. Les cellules, nées ainsi de l'ovaire fécondé, doivent par les étapes variées que subit l'épithélium germinatif aboutir, en gardant toute leur complexité, aux ovules et aux spermatozoïdes, qui attendent à leur tour les circonstances favorables pour recommencer à nouveau toute la série évolutive de l'organisme en développement. A. GILBERT.

Das Idioplasma und die Kernsubstanz. Ein kritischer Beitrag zur Frage nach dem Vererbungsstoff (L'idioplasma et la substance nucléaire. — Contribution critique à la question de la substance héréditaire), par J. FRENZEL (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXVII*, *Heft* 1).

Hertwig le premier a placé la substance héréditaire dans les noyaux mâle et femelle, dont la conjugaison assure la transmission de cette

substance au descendant. Plusieurs auteurs (Keber, Hæckel, Hasse, Nussbaum, Weissmann, Kölliker) se sont ralliés à cette théorie ; Strasburger l'a adoptée également. Pour Naegeli, au contraire, la substance héréditaire est supportée, non pas par le noyau, mais par un «idioplasma» contenu dans l'œuf même.

L'auteur recherche : 1° de quelle nature est la reproduction : *a*) sexuée, *b*) asexuée ; 2° comment l'hérédité peut être considérée comme une conséquence de la reproduction.

1° *a*) Il est bien établi, après les recherches de Bütschli, puis d'Hertwig et d'un grand nombre d'observateurs, que le noyau mâle, et un seul noyau s'unit, dans l'acte de la fécondation, au noyau femelle. Chez les plantes, Strasburger a montré le même fait. Ces données nous sont fournies non seulement par la méthode morphologique, mais aussi par la méthode physiologique expérimentale ; toutes deux s'accordent à prouver qu'un seul spermatozoïde, par suite un seul noyau mâle, s'unit à l'œuf. On doit ensuite se demander s'il n'entre dans l'œuf que le noyau mâle. Pour les plantes, Strasburger a montré qu'il ne pénètre pas de cytoplasma mâle dans la cellule femelle ; mais pour les animaux, la pénétration du flagellum spermatique, de nature cytoplasmique, est évidente ; d'ailleurs ce flagellum ne semble jouer dans la fécondation aucun rôle direct. Enfin la tête du spermatozoïde n'est-elle formée que de la seule substance du noyau ? On a fait entrer dans sa constitution un « suc nucléaire » qui serait de nature protoplasmique ; mais ce suc nucléaire n'existe pas, ou, s'il existe, il est équivalent à la substance achromatique de van Beneden, c'est-à-dire à une matière de nature nucléaire. En somme, on peut affirmer avec Hertwig que la véritable substance du noyau est seule active dans la fécondation.

b) Examinant quelle est la nature de la reproduction asexuée, l'auteur se demande s'il y a des cellules sans noyau qui se divisent asexuellement, que ce noyau soit morphologiquement différencié ou qu'il soit diffusé en une substance nucléaire. Les schizomycètes ont peut-être une substance de noyau diffuse, mais ne possèdent pas de noyau ayant forme ; les monères semblent être dans le même cas ; enfin il y a dans les cellules blastodermiques de gryllotalpa les œufs de certains amphipodes, les œufs frais d'abeille, certaines grégarines, des faits évidents de cellules sans noyau. Dans ces cas, la multiplication se ferait sans noyau, et par suite la transmission héréditaire aussi. C'est alors qu'on pourrait faire intervenir la théorie de Naegeli, pour qui l'idioplasma, formé de la réunion de particules dites « micelles », est le support de la substance héréditaire.

2° L'auteur s'occupe ensuite de la recherche et de la détermination de cette substance d'hérédité.

La plupart des auteurs, à la suite d'Hertwig, admettent que c'est le noyau, aussi bien mâle que femelle, qui seul transmet les propriétés héréditaires. Le générateur transmet non seulement ses propriétés, mais encore celles de ses ancêtres mâle et femelle ; c'est là le principe de l'atavisme ; si donc le noyau est le substratum de cette transmission, le noyau est nécessairement hermaphrodite (Kölliker). Hertwig a été plus loin. Partant de ce fait d'observation que le descendant offre des ressemblances égales avec le père et avec la mère, il a pensé qu'il doit

recevoir de l'un et de l'autre des particules égales ; or, cette équivalence dans les produits sexuels ne se vérifie que pour le noyau ; le noyau est donc bien le lieu des propriétés héréditaires. Contrairement à Hertwig, Naegeli a fait de son idioplasma le substratum de la substance héréditaire, tout en se défendant de faire cet idioplasma identique au plasma de l'œuf tout entier. L'opinion de Strasburger participe des deux précédentes ; cet auteur a placé la substance d'hérédité non seulement dans le noyau femelle, mais encore en dehors de lui. C'est à cette idée que Frenzel se rallie lorsqu'il dit : les deux générateurs sont employés d'une inégale façon ; le père ne donne que son karyoplasma, la mère fournit son karyoplasma et son cyto-idioplasma ; celui-ci n'est pas nécessairement identique au contenu tout entier de l'œuf ; il est, comme Naegeli l'admet, disposé dans l'œuf sous forme d'un réseau, et représente une substance absolument différente du plasma nutritif et du vitellus.

A. PRENANT.

Sur la morphologie des épithéliums ; membrane épithéliale de Descemet, par A. PRENANT (*Journ. de l'Anat. et de la Phys., juillet* 1886).

On a longtemps pensé qu'un des caractères les plus saillants des tissus épithéliaux était leur continuité. Cependant pour certains épithéliums, pour le corps muqueux de Malpighi, par exemple, à la suite des descriptions données par Ranvier, on a reconnu qu'entre les cellules peuvent exister des espaces coupés par des ponts anastomotiques intercellulaires. C'est à ce point de vue que Prenant a porté ses études sur l'épithélium de la membrane de Descemet. Ciaccio avait décrit des pores entre les cellules de cet épithélium, et Knies des espaces stomatiques. Ranvier, dans ses leçons sur la cornée, avait de son côté constaté qu'après l'action de l'alcool au tiers ces cellules paraissent comme de petits lambeaux frangés cousus les uns aux autres, et, expliquant cet aspect par une rétraction cellulaire produite par le réactif, il avait été amené à refuser aux ponts et espaces intercellulaires en question la valeur d'une disposition réelle.

L'étude, reprise après l'action comparée de presque tous les réactifs histologiques actuellement en usage, amène à penser que les cellules de l'épithélium de Descemet sont en continuité par certains points de leur substance périphérique, tandis qu'en d'autres points de leur surface elles sont simplement en contiguïté, séparées et réunies à la fois par un ciment ou substance intercellulaire. A l'état statique ou de repos, les anastomoses intercellulaires ne sont pas évidentes, et les espaces intercellulaires ne sont non plus que des espaces virtuels. Il faut, pour rendre apparents les espaces et ponts intercellulaires, un agent qui change en état dynamique (contraction) l'état statique des éléments. Les réactifs très divers qui les font apparaître ont une action double : mécanique, elle produit la réaction cellulaire ; irritante, elle détermine la contraction des cellules, contraction qui est prouvée par la structure histologique de ces cellules à ce moment. Mais si les réactifs exagèrent ces dispositions, celles-ci n'en sont pas moins physiologiques, car, à la suite de l'action de ces réactifs, les cellules sont dans un état qui n'a rien de cadavérique, puisqu'il s'agit de contraction cellulaire. On peut donc admettre que les ponts et les espaces intercellulaires sont normalement possibles, lorsque agit l'excitant phy-

siologique ; malheureusement l'observation directe, à cet effet, est impossible, car, dans les conditions où l'on examine la membrane épithéliale vivante dans l'humeur aqueuse, on voit mal ou même on ne voit rien.

M. DUVAL.

On professor Hamilton's theory concerning the corpus callosum (Théorie du professeur Hamilton relativement au corps calleux), par C. BEEVOR (*Brain, p.* 63, *avril* 1886).

L'auteur revient sur la théorie d'Hamilton relative à la structure du corps calleux, et par de nouvelles études histologiques comparées il combat les conclusions du professeur comme étant erronées. Nous renvoyons le lecteur aux détails du mémoire et à la figure qui l'accompagne, pour ne retenir que l'idée principale qui en ressort. Pour Beevor, le corps calleux n'est qu'une commissure interhémisphérique : les fibres des capsules interne et externe ne le traversent pas pour subir une décussation dans l'écorce du côté opposé. Il n'y a pas de décussation démontrable sur la ligne médiane du corps calleux, et la couronne rayonnante existe bien, conformément à la description des anciens anatomistes.

H. R.

Sur le développement des éléments de la substance grise corticale des circonvolutions cérébrales, par W. VIGNAL (*Compt. rend. acad. des sciences,* 7 *juin* 1886).

Les cellules de la substance corticale, dérivées de l'ectoderme, sont d'abord à l'état de cellules munies d'un gros noyau, entouré d'un protoplasma granuleux, mou, émettant de nombreux prolongements. Elles restent à cet état indifférent jusqu'à une époque assez tardive de la vie embryonnaire. Ce n'est que vers le milieu du sixième mois qu'une différenciation apparaît, et que se dessinent les cellules nerveuses devant former la partie inférieure de la troisième couche de Meynert, c'est-à-dire la couche des grands corpuscules pyramidaux corticaux ; puis apparaissent les cellules nerveuses de la quatrième couche, et, dans le courant du huitième mois, celles de la deuxième et de la cinquième. A la naissance, les cinq couches sont bien caractérisées, mais, à côté de cellules ayant la structure des cellules adultes, on en voit un plus grand nombre encore à divers degrés de développement. Quant aux cellules de la névroglie, elles ne commencent à apparaître qu'au neuvième mois, et conservent, même à l'état adulte, les caractères embryonnaires signalés par Ranvier.

M. DUVAL.

Ueber den Verlauf der centralen Hirnnerven-Bahnen (Rapports des noyaux des nerfs crâniens entre eux), par EDINGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 30, *p.* 487, 27 *juillet* 1885).

C'est sur des embryons de 5 à 6 mois qu'Edinger a fait ses recherches, non encore complètement terminées ; à l'aide du développement de la myéline, il suit pas à pas, jusqu'au premier mois de la vie extra-utérine, le trajet intra-cérébral des nerfs crâniens.

Edinger a en particulier pu reconnaître une commissure de substance réticulée qui unit les noyaux nerveux au cervelet, en franchissant le raphé de la protubérance. Betcherew l'a également décrite.

Les noyaux des nerfs cérébraux reçoivent d'autres tractus venant du faisceau longitudinal postérieur. Jusqu'au septième mois de la vie fœtale, celui-ci ne peut être poursuivi en avant que jusqu'au noyau du moteur oculaire commun ou à son extrémité la plus antérieure, sur les côtés du troisième ventricule.

Le noyau du moteur oculaire commun se compose d'un certain nombre de groupes de cellules qui envoient chacun isolément leurs fibres au nerf.

A la face dorsale ainsi qu'à la face ventrale de chaque noyau du nerf moteur oculaire commun se voit, en dedans du noyau principal, un petit noyau de cellules fusiformes dont les relations avec le nerf ne sont pas certaines. Quand le noyau de ce nerf est très développé, il se trouve sur la ligne médiane, entre les deux noyaux, un noyau médian qui envoie des fibres au nerf de chaque côté. Le ou les noyaux des nerfs oculomoteurs communs sont en rapport : 1° avec des fibres venant de la substance blanche profonde des tubercules quadrijumeaux du côté opposé, fibres qui pénètrent dans les noyaux par leurs faces latérale et ventrale ; 2° avec le faisceau longitudinal postérieur ; 3° avec des fibres de la substance réticulée du côté opposé.

La méthode de coloration de Weigert décèle en gris, tout autour de l'aqueduc de Sylvius, de nombreuses fibres en rapport avec les tubercules quadrijumeaux antérieurs, mais dont il n'a pas encore été possible d'élucider les relations avec les noyaux oculomoteurs communs.

En avant et au dos du noyau principal se trouve, au-dessous des tubercules quadrijumeaux antérieurs, un autre amas de cellules ganglionnaires ne se séparant pas toujours nettement du noyau de l'oculaire commun. Cet amas reçoit de nombreux tractus venant de la profondeur de la substance blanche des tubercules quadrijumeaux. En raison de sa situation, il semble que cet amas doive correspondre au noyau dorsal du moteur oculaire commun de Gudden.

Edinger enfin démontre à l'aide du procédé de coloration de Weigert l'entrecroisement des fibres du nerf pathétique qui a été mis en doute encore récemment par Mauthner. J. B.

Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale, par DUZÉA (*Lyon médical*, n° 19, 1886).

Les recherches de Duzéa confirment la description classique que l'on trouvera dans le *Traité d'Anatomie* de Beaunis et Bouchard ; elles lui ont permis en outre de constater l'existence de *filets lombaires* interne et externe situés dans la gaine du psoas et destinés à la partie antérieure de l'articulation, de même que celle d'une autre branche venue de l'obturateur et qui se distribue dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde et dans le ligament rond. L'origine différente de ces nerfs permet d'expliquer les déformations de la coxalgie par une cause générale : la contraction musculaire réflexe. A une double source nerveuse (plexus lombaire et plexus sacré) correspondent deux genres de réflexes et par suite deux catégories de déformations (flexion, adduction et rotation en dedans ; flexion, abduction et rotation en dehors). A. NICOLAS.

Beobachtungen ueber die Histologie der Netzhaut mittelst der Weigerts'chen Färbungsmethode (Examens histologiques de la rétine à l'aide de la méthode de coloration de Weigert), par LENNOX (*Arch. f. Ophthalm., XXXII, Abth.* 1).

Les préparations durcies dans le liquide de Müller et l'alcool, puis enrobées dans la celloïdine, on place les coupes pendant 24 heures dans une solution d'acide chromique à 1/2 et 1 0/0 ; après lavage avec de l'eau on les place dans la solution d'hématoxyline de Weigert (1 p. d'hématoxyline, 10 p. d'alcool et 90 p. d'eau), et on les expose ainsi pendant 2 heures dans une étuve à 40° C. ou pendant 24 heures à la température de la chambre. On colore ensuite les coupes avec le liquide au ferro-cyanure de potassium de Weigert (ferr. cyan. pot., 2 1/2 ; borax, 2 ; eau, 100), jusqu'à ce qu'elles prennent une teinte jaunâtre. Il suffit le plus souvent d'une 1/2 heure. Enfin, on lave soigneusement les coupes dans l'eau, puis dans l'alcool, et finalement on les monte dans du baume.

Pour l'étude des couches internes, c'est la rétine du chat qui convient; pour les couches externes, c'est celle de l'homme.

Dans les couches des cellules ganglionnaires, on peut, d'après l'auteur, distinguer deux sortes de cellules ; de grosses cellules jaunâtres à corps granuleux, avec un noyau clair, renfermant des nucléoles noirs ou bruns foncés ; puis des cellules plus colorées, avec noyau absolument noir. Ces deux sortes de cellules présentent des prolongements : un vers l'intérieur, 2 à 4 vers l'extérieur. Le parcours des prolongements extérieurs varie. Les prolongements des cellules claires, après avoir rayonné un certain temps dans la couche réticulée, se recourbent et vont plus loin dans une direction horizontale ou oblique ; les prolongements des cellules foncées, suivent la direction rayonnée des couches et peuvent facilement être suivis jusque dans la couche des noyaux. Les cellules claires sont bien plus nombreuses que les foncées.

Outre cet aspect, on trouve aussi dans la couche cellulaire interne deux sortes de cellules ; les unes à gros noyau foncé, les autres, d'aspect clair, jaunâtre, à nucléole noir ; les premières sont bipolaires ; leurs prolongements externes peuvent être suivis jusque dans la couche cellulaire intermédiaire. L'auteur n'a pu trouver de rapport entre cette couche et la couche ganglionnaire. Les cellules à noyaux clairs se changent en éléments allongés appartenant manifestement au tissu de soutien, et en éléments arrondis beaucoup plus nombreux que ceux à noyau foncé.

Pour l'étude des couches externes, l'auteur a utilisé la rétine humaine. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la couleur des cônes, dont les segments internes, fibres et noyaux, apparaissent en noir. Parfois le segment interne et le noyau se colorent seuls. Les segments externes des cônes et les bâtonnets sont de couleur claire, mais les derniers ont cependant un noyau foncé, de sorte qu'ici aussi il faut faire une distinction entre les divers éléments cellulaires.

Chez l'homme, dans la couche interne, les cellules foncées de la couche ganglionnaire sont plus nombreuses que les claires. Il est bien plus difficile de suivre leurs prolongements dans la couche réticulaire.

ROHMER.

Ueber eine Eigenthümlichkeit der aüsseren Körner (Sur une particularité des grains externes), par P. RUDLOFF (*Arch. für Anat. und Phys.; Anat. Abth. Heft* 3 *et* 4, *p.* 271 *et* 272, 1886).

Les noyaux des cellules visuelles ne diffèrent pas seulement de ceux des autres cellules rétiniennes par une striation transversale de leur substance, telle qu'Henle l'a indiquée. Ils offrent encore une réaction caractéristique spéciale vis-à-vis de certaines substances colorantes. Si l'on colore un œil par la méthode de Gram, on voit que tous les noyaux rétiniens sont incolores; ceux des cellules visuelles (grains externes) ont pris seuls une coloration bleue, analogue à celle qui aurait été communiquée à des bactéries. Il semble donc qu'il y ait, entre la substance des bactéries et celle dont sont faits les noyaux visuels, une certaine affinité. Cependant si dans un œil inoculé avec les bactéridies du charbon on pratique des coupes et qu'on les colore par le procédé de Gram, puis par le brun de Bismarck, on voit que les bactéries demeurent bleues, au lieu que les grains externes sont colorés par le brun.

Comme, d'après Altmann, ce sont les futurs noyaux visuels qui, dans la rétine embryonnaire, se multiplient pour former toutes les cellules de cet organe, cette particularité de coloration est peut-être en rapport avec leur fonction spéciale. A. PRENANT.

Lo sviluppo embrionale degli ossicini dell'udito e della cavita tubo-timpanica. — Valore morfologico degli ossicini (Le développement embryonnaire des osselets de l'ouïe et de la cavité tubo-tympanique. — Valeur morphologique des osselets (Communication préalable), par Giuseppe GRADENIGO Junior (*La Riforma medica, n°* 190, 1886).

L'étrier de l'homme et des mammifères supérieurs est formé de deux éléments. L'un, anneau stapédial, se développe aux dépens du deuxième arc branchial; le second, lame stapédiale, aux dépens de la paroi de la capsule périotique. Pour constituer l'anneau stapédial, l'extrémité proximale du cordon cellulaire hyoïdien (cordon cellulaire qui représente le squelette non encore cartilagineux de l'arc branchial) se recourbe autour d'une artériole (artère stapédiale) et forme ainsi un anneau cellulaire complet qui se trouve en connexion avec les cellules de la future capsule périotique adjacente à l'anneau qui se différencie pour former une lamelle concave, laquelle se soude plus tard à l'anneau.

Pour le développement de l'enclume et du marteau, l'auteur se rattache à l'opinion la plus généralement admise qui les fait provenir du premier arc branchial.

La cavité tubo-tympanique dériverait non seulement de la première fente branchiale mais encore de la fente qui subsiste entre la surface interne des deux premiers arcs et la paroi latérale du crâne. Ces recherches embryologiques sont d'ailleurs pleinement confirmées par l'anatomie comparée. L'étrier des amphibies et des oiseaux représente seulement une partie de l'étrier des mammifères (lame stapédiale); la columelle représente l'anneau stapédial, l'enclume et le marteau. Enfin l'homologue de l'anneau stapédial chez les poissons n'est autre chose que l'io-mandibulaire. A. NICOLAS.

Zur Entwicklung der Gehörschnecke (Sur le développement du limaçon), par **B. BAGINSKY** (*Archiv für mikr. Anat., Band XXVIII, Heft 1*).

Baginsky a étudié le développement du limaçon chez des embryons de lapin de divers âges. Il a observé des figures karyokinétiques s'effectuant dans toute l'étendue du canal limacéen et ne portant que sur une seule couche cellulaire, la plus superficielle. Ces multiplications cellulaires ont pour résultat l'accroissement en longueur et en surface du limaçon, et l'achèvement de sa conformation extérieure, depuis l'ébauche tubuliforme jusqu'à la forme en escargot que l'on sait. La conformation intérieure, comme aussi la différenciation des parties, se fait par l'agrandissement et la transformation d'éléments qui ne se divisent plus.

Le développement acropète du limaçon est évident; la pointe croît encore, grâce à l'augmentation du nombre des cellules, que les tours moyen et basal ne présentent déjà plus que des changements dans l'agencement intérieur de leurs parties et la forme de leurs éléments.

Après cet aperçu général sur le développement du limaçon, Baginsky examine la formation des diverses régions de l'organe.

Rampes vestibulaire et tympanique. — Le tissu conjonctif embryonnaire qui les remplissait se transforme en tissu muqueux, puis se résorbe. Les vaisseaux sanguins de ce tissu, dont il est intéressant de connaître le sort dans ce processus atrophique, se confondent les uns dans les autres, par suite de la disparition du tissu conjonctif qui les entoure, en des espaces caverneux.

Paroi externe; strie vasculaire. — L'auteur conclut, contre Retzius, que l'épithélium de la strie vasculaire n'est pas un épithélium vasculaire, que les vaisseaux capillaires appartiennent au tissu conjonctif. L'épithélium limacéen se réduit en cette région de plus en plus, et finit par n'être plus guère représenté que par des noyaux cellulaires.

Grand et petit bourrelet épithélial. — Les cellules destinées à devenir les piliers sont non pas les deux premières du petit bourrelet, mais la deuxième et la troisième; la première cellule donnera la cellule auditive interne. A cet effet, elle se divise en deux cellules, dont l'une deviendra la cellule auditive interne définitive; la deuxième, après division, formera deux petites cellules sous-jacentes à la cellule auditive; l'une d'elles, l'externe, peut être regardée comme l'homologue des cellules de Deiters.

Les cellules de Corti ne sont pas arrondies à leur extrémité profonde, mais prolongées en une pointe qui va s'attacher à la membrane basilaire. Les cellules de Deiters ont toujours paru distinctes des cellules de Corti; il ne saurait donc être question de cellules jumelles.

Membrane basilaire. — A la suite de Bœttcher, l'auteur a vu que, du tissu conjonctif remplissant la rampe tympanique, tout ne disparaît pas; il subsiste une bande connective qui vient s'appliquer contre la face inférieure du canal de Corti; c'est la couche accessoire de Retzius.

Dans cette couche, et tout contre l'épithélium cochléaire, se différencie une masse cellulaire en forme de croissant; c'est l'ébauche de la membrane basilaire. Les noyaux plongés dans cette ébauche ne tardent pas à disparaître, en même temps que la future membrane basilaire devient

striée; mais l'auteur n'ose dire absolument que les stries soient des prolongements des cellules qui disparaissent.

Baginsky montre comment l'étude du développement conduit à attribuer à la membrane basilaire les quatre couches que Schwalbe lui a reconnues chez l'adulte.

Membrane de Corti. — Le fait le plus saillant à signaler au sujet du développement de cette membrane est celui-ci : Baginsky l'a trouvée adhérente aux cellules du bourrelet épithélial par de petits tractus qu'elle envoyait entre ces cellules d'une part, et d'autre part au moyen de petits prolongements des cellules qui venaient s'attacher à sa face profonde.

A. PRENANT.

Ueber die Bedeutung der Riech-und Epithelialzellen der Regio olfactoria (Cellules olfactives et cellules épithéliales de la région olfactive), par Em. **KAUFMANN** (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 79, 1886).

L'auteur étudie la muqueuse olfactive de la grenouille. En dissociant la membrane à l'état frais dans l'humeur aqueuse ou dans une solution de sel de cuisine à 1 0/0, on isole difficilement les cellules qui adhèrent solidement les unes aux autres. Les cils vibratiles manquent le plus souvent. Vers le bord libre des cellules, on voit survenir au bout d'un instant une masse finement granuleuse Les granulations sont de dimensions variables ; les plus grosses sont rondes ou polygonales, les petites sont punctiformes. Elles semblent provenir du contenu des glandes de Bowmann dont les canaux traversent la muqueuse.

Les cellules olfactives ressemblent rarement aux éléments figurés par les auteurs; elles sont analogues aux cellules épithéliales ou bien offrent des prolongements cylindriques ou coniques. L'emploi d'autres réactifs montre les prolongements beaucoup moins larges.

Les cellules épithéliales paraissent avoir la propriété de se transformer en cellules olfactives. En faisant agir les vapeurs d'acide hyperosmique dans la chambre humide, on voit une masse granuleuse se former au bord libre des cellules épithéliales et sortir des cellules. Au bout d'un assez long temps on aperçoit dans l'intervalle de ces cellules d'autres éléments qui ont la configuration des cellules olfactives. Ces éléments n'étaient pas visibles au début de l'observation.

L'auteur décrit des éléments intermédiaires entre les deux variétés de cellules et admet que les olfactives ne sont que des épithéliales transformées.

Les substances moins actives que l'acide hyperosmique (solution salée, solution d'acide nitrique) ne peuvent déterminer la transformation; elles créent seulement des formes intermédiaires, mais pas de cellules olfactives.

En cherchant si les substances odorantes faisaient naître les cellules olfactives, l'auteur n'a obtenu aucun résultat. Ces substances ne paraissent exercer aucune influence sur la configuration des cellules.

L'auteur n'admet donc pas avec Schultze que les cellules olfactives soient les seuls éléments de l'olfaction; mais il croit, comme Exner, que les deux variétés de cellules (épithéliales et olfactives) sont les agents du sens spécial par leurs relations avec le système nerveux. Les cellules olfactives représenteraient l'élément à son degré de perfectionnement le plus élevé. L. GALLIARD.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Musculatur der Mundspalte der Affen (Contribution à l'étude de la musculature de la fente buccale chez les singes), par H. REX (*Morphologisches Jahrbuch., Band XII, H.* 2, 1886).

Chez les primates qu'il a examinés, l'auteur a trouvé une disposition très semblable à ce qui existe chez l'homme, quant à la distribution des faisceaux musculaires autour de l'orifice buccal. Seulement les trajets de fibres sont beaucoup plus nets et plus faciles à suivre chez l'homme que chez les singes; telle disposition, qui chez les singes n'est qu'indiquée, se trouve chez l'homme complètement développée. Ayant examiné un prosimien, l'auteur lui a trouvé la particularité que voici : au niveau de l'orbiculaire de la lèvre supérieure, le muscle, partagé en deux, s'écarte complètement du type des primates. A. PRENANT.

Zur Anatomie und Chirurgie der Art. Subclavia (Sur l'anatomie et la chirurgie de l'artère sous-clavière), par Hans STAHEL (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth. H.* 3-4, *p.* 211-235, 1886).

L'auteur appelle l'attention sur un certain nombre d'anastomoses inconnues ou peu connues, qui, reliant soit la sous-clavière à l'axillaire, soit la sous-clavière à elle-même, constituent ainsi des voies collatérales d'importance considérable. Ce sont les suivantes :

1° Une anastomose entre l'artère scalène (petite artère qui, naissant de la sous-clavière derrière le muscle scalène antérieur, va irriguer ce muscle et les muscles profonds du cou) et une branche de l'artère transverse du cou (cervicale transverse) ;

2° Un réseau anastomotique, constitué par des branches de l'acromio-thoracique et de la transverse de l'épaule (sus-scapulaire), et situé sous l'insertion du deltoïde; c'est le cercle artériel sous-acromial ;

3° Des anastomoses cutanées entre les artères de la région supérieure du bras et celles de l'épaule;

4° Une communication entre le rameau coracoïdien supérieur (l'auteur décrit trois rameaux coracoïdiens naissant directement de l'axillaire) et l'artère acromio-thoracique.

5° Une anastomose entre une branche de l'artère circonflexe antérieure et une branche de l'humérale profonde.

6° Une deuxième anastomose entre les mêmes vaisseaux.

L'auteur se livre ensuite à une minutieuse description de la circulation collatérale que l'on observe après la ligature de l'artère sous-clavière gauche au bord externe du muscle scalène antérieur; cette description est faite d'après une préparation de la collection de Leipsig. Ayant noté le calibre de toutes les branches fournies par la sous-clavière, et de toutes les anastomoses qu'il a pu observer, il constate que les voies par lesquelles le sang parvenait au bras étaient surtout celles-ci : l'anastomose entre la scalène et la cervicale transverse, celle qui unit la sus-scapulaire à la circonflexe de l'épaule, une anastomose enfin entre la mammaire interne et la thoracique externe.

Stahel expose le mécanisme qui préside à la formation de ces voies collatérales. L'influence de la ligature et des modifications de tension qui en résultent ne se fait pas seulement sentir sur les collatérales unies par des anastomoses avec les artères situées au-dessous du point ligaturé, elle s'exerce aussi sur des collatérales, telles que la thyroïdienne inférieure,

qui ne sont pas dans ces conditions anastomotiques ; elle les dilate dans une étendue plus ou moins grande à partir de leur point d'origine.

La compression de l'artère par la tête humérale, lorsque le bras est élevé et dans l'abduction, agit comme la ligature. Le maximum de compression s'exerce sur l'axillaire au-dessus de l'origine de l'artère sous scapulaire. Les mouvements du bras déterminent des oscillations de pression favorables au développement des réseaux anastomotiques, cela par le fait de la seule compression. Il en est de même pour les articulations du genou, du coude, dont les réseaux anastomotiques sont si bien développés.

Les sinuosités des artères, si remarquables au niveau des jointures, par exemple, s'expliquent bien aussi par la présence d'obstacles mécaniques à l'allongement des vaisseaux. Il en est ainsi des anastomoses des vaisseaux articulaires ; dans le même cas se trouve l'artère sus-scapulaire, saisie qu'elle est, au niveau de la fosse sous-épineuse, entre deux plans résistants du muscle et un os qui s'opposent à son expansion.

L'auteur termine par quelques remarques chirurgicales. A. PRENANT.

Untersuchungen über den Verhornungsprocess. — Die Histogenese des Nagels beim menschlichen Fœtus (Recherches sur le processus de la kératinisation. — L'histogenèse de l'ongle chez le fœtus humain), par R. ZANDER (*Archiv für Anat. und Phys.*, *Heft* 3-4, 1886).

Zander décrit sur des fœtus de 9 à 10 semaines la « première ébauche unguéale ». Les cellules superficielles squamiformes de cette ébauche constituent par leur coalescence une « couche-limite » qui se trouve de distance en distance interrompue par des éléments cellulaires particuliers ; ces cellules ressemblent tout à fait à celles de la couche moyenne de l'épiderme à cet endroit ; elles n'ont rien de commun avec des globules blancs.

Sur les orteils d'un fœtus de la 17e semaine, l'auteur observe, immédiatement sous la couche-limite, des cellules qui sont remplies de grains plus ou moins gros. Les réactions de ces grains vis-à-vis des matières colorantes, identiques à celles de la couche-limite homogène, la présence dans celle-ci de noyaux dégénérés, vestiges évidents de cellules disparues, sont là pour prouver que la couche-limite doit son existence à la coalescence des cellules granuleuses sous-jacentes. Ces cellules sont particulièrement abondantes et riches en grains, et la couche-limite particulièrement épaisse au niveau d'une dépression que présente l'ébauche primaire de l'ongle ; de là les cellules vont diminuant, la couche-limite va s'amincissant tout à la fois vers la rainure de l'ongle et vers la pulpe de l'orteil. Le processus dont il est question part donc lui aussi de cet endroit. Il en résulte que les couches les plus superficielles de la zone limitante homogène et ses portions les plus voisines de la dépression seront les plus anciennes.

La dépression, point de départ du processus, sépare l'ongle primaire en deux régions, une proximale, l'autre distale. Toutes deux sont recouvertes d'une couche-limite; mais celle-ci n'a pas les mêmes caractères dans l'une et dans l'autre : dans la partie proximale, elle se colore par le picrocarmin en jaune franc comme l'ongle adulte, tandis que dans la

partie distale elle prend une coloration jaune rougeâtre, comme le ferait la couche cornée de l'épiderme. Les lamelles de la couche limite sont différemment disposées sur la partie distale et sur la portion proximale parallèles à la surface au niveau de la première, inclinées au niveau de la seconde comme elles le sont sur l'ongle définitif. Enfin, les cellules remplies de grains, sous-jacentes à la couche-limite, se transforment en cette couche, dans la région distale, par un processus analogue à celui qu'on observe en n'importe quel point de la surface cutanée. Ces mêmes cellules dans la région proximale se transforment d'une façon spéciale et différente de la précédente; elles ont d'ailleurs un aspect particulier qui leur vaut la dénomination de « cellules de l'ongle », proposée par Biesiadecki. La couche limite de la région proximale n'est donc pas purement et simplement un stratum corneum en voie de transformation; elle est au moins un stratum corneum spécial, le stratum corneum de l'ongle; bien plus, elle est l'ongle même. De là résulte que l'ongle a dès le début, et cela contrairement aux opinions classiques, une situation superficielle. A. PRENANT.

Bourses séreuses du genou, par POIRIER (*Archives de médecine*, *mai* 1886).

Les bourses séreuses du creux poplité doivent être divisées, d'après leur siège, en bourses sus-condyliennes, bourses rétro-condyliennes et bourses sous-condyliennes.

A. — Celles de la paroi interne, les plus importantes à tous égards, sont au nombre de quatre : la première est située au-dessus du condyle interne, dans la fosse sus-condylienne, au centre de l'insertion du jumeau interne; les deux suivantes, placées en arrière des condyles, sont généralement réunies chez l'adulte en une bourse unique; la quatrième répond aux insertions du muscle demi-membraneux.

B. — Bourses séreuses poplitées externes. Les bourses séreuses décrites par Foucher sous le nom de poplitées externes n'appartiennent en réalité pas à la région poplitée ni même à la paroi externe de cette région Elles sont situées toutes les trois sur la face externe du genou. Ce n'est que par un abus de nomenclature qu'elles ont pu être ainsi qualifiées. Les véritables bourses poplitées externes existent, mais se font remarquer par leur petitesse et l'inconstance de leur existence. On peut les diviser, comme celles de la paroi interne, en : 1° sus-condyliennes; 2° rétro-condyliennes et sous-condyliennes.

L'étude des bourses séreuses de la région poplitée conduit à admettre que les kystes poplités décrits comme développés aux dépens des bourses séreuses ont une origine articulaire. On ne rencontre en effet ces kystes que dans les bourses qui peuvent communiquer normalement ou accidentellement avec l'articulation.

C. — Les bourses séreuses de la région antérieure du genou peuvent être divisées en trois groupes, suivant la position qu'elles occupent par rapport à la rotule : 1° au-dessus; 2° au-devant; 3° au-dessous de cet os.

D. — Les bourses séreuses de la région latérale interne sont au nombre de trois : deux sont annexées aux mouvements du ligament latéral interne du genou sur les os sous-jacents; la troisième est située entre les tendons de la patte d'oie et la face interne du tibia. Cette dernière est la seule importante. Commune aux tendons de la patte d'oie,

elle n'est que le résultat de la fusion des bourses propres à chacun des tendons.

E. — Bourses séreuses de la région latérale externe. Ces bourses, au nombre de trois, sont, de haut en bas : la bourse du jumeau externe, la bourse du ligament latéral externe, la bourse du biceps. A. RICHARDIÈRE.

Organes érectiles, par A. NICOLAS (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1886).

L'organe érectile se met au service d'appareils divers. Et si c'est dans l'appareil génital des mammifères qu'il acquiert son développement le plus complet, on le rencontre cependant ailleurs très bien représenté ; la crête des dindons et des coqs, le pied des mollusques, le tube ambulacraire des échinodermes, le barbillon des poissons, en sont de bons exemples. On a voulu toutefois trop étendre le sens de ce terme, organe érectile ; on l'a appliqué à des organes qui ne méritent pas cette dénomination (bulbe de l'ovaire et autres). Nicolas fait pressentir qu'il caractérisera anatomiquement l'organe érectile par une disposition spéciale des vaisseaux, notamment par un développement considérable des capillaires. Ainsi, dans le chapitre Ier, l'auteur établit les caractères des organes érectiles.

Dans un deuxième chapitre, il examine successivement le développement anatomique des organes érectiles copulateurs, les plus importants de tous ; puis les vices de conformation, si étroitement liés au développement. Examiner l'évolution phylogénétique des organes érectiles de copulation est un complément indispensable à ce qui précède, en même temps qu'une transition vers ceux des mammifères et de l'homme, dont l'étude anatomique fait l'objet d'un troisième chapitre.

Dans celui-là se trouvent : la description des organes érectiles de l'homme, avec leurs vaisseaux et leurs nerfs ; celle des organes de la femme, avec leurs vaisseaux et leurs nerfs ; chemin faisant sont signalées les quelques particularités intéressantes que présentent les organes érectiles chez certains mammifères.

Dans le quatrième chapitre, intitulé : Structure des organes érectiles, sont successivement passées en revue les différentes parties qui constituent un organe érectile.

Le dernier chapitre est consacré à la physiologie. Étudiant sur un cas particulier, celui des organes érectiles de l'homme, le mécanisme de l'érection en général, Nicolas l'attribue à deux facteurs : au gonflement de l'organe par le sang, et à la réaction de la paroi des cavités dans lesquelles le sang afflue.

Nicolas adopte la théorie de l'érection par dilatation artérielle, vaso-dilatation active, sous l'influence des nerfs érecteurs d'Eckhard. La nature de l'érection est indiscutable : l'érection est un réflexe dont les voies centrifuges (nervi erigentes d'Eckhard) sont déjà connues. Il ne reste plus qu'à déterminer la voie sensitive, qui est le plus souvent le nerf honteux commun, et le point médullaire de réflexion (centre génito-spinal de Goltz). Enfin, à la suite de diverses recherches, et surtout de celles de Magnan, sur les « anomalies, aberrations et perversions sexuelles », on a été amené à reconnaître l'existence d'érections par réflexe psychique. A. PRENANT.

On the circulation in the uterus, vith some of its anatomical and pathological bearings, par John WILLIAMS (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVII, p.* 112).

Deux points principaux ressortent de cette communication : les branches émises par les artères utérines et ovariennes forment des cercles perpendiculaires au grand axe de l'utérus. Il en résulte que toute ligature jetée sur l'utérus perpendiculairement à son axe ne peut entraver la circulation dans les parties situées au-dessus et au-dessous de la ligature : le seul moyen d'empêcher le sang d'arriver à l'utérus par une ligature est de comprendre dans cette ligature les ligaments larges avec leur bord supérieur et une portion du tissu utérin lui-même. Au point de vue clinique, les seules conditions pathologiques qui peuvent produire de la congestion utérine sont : 1° la hernie de l'utérus dans le canal inguinal ; 2° l'incarcération dans l'espace de Douglas avec rétroflexion ou rétroversion, et 3° la procidence très prononcée. La flexion par elle-même, et quel qu'en soit le degré, ne porte aucun obstacle à la circulation sanguine. Cette proposition est basée sur les considérations anatomiques précédentes et sur des expériences d'injections faites sur le cadavre.

Il existe au-dessous de la muqueuse utérine une couche de tissu connectif, et c'est au milieu de ce tissu connectif que se trouvent les cercles décrits plus haut et les plexus veineux. La paroi utérine se composerait ainsi de 4 couches : péritonéale, musculaire, sous-muqueuse et muqueuse. Cette couche sous-muqueuse, formée de tissu connectif, n'a pas été jusqu'ici admise par les auteurs, qui font reposer la muqueuse immédiatement sur le tissu musculaire. Pour J. W..., la muqueuse comprend elle-même deux couches, une couche superficielle assez molle, la caduque, et une couche profonde, musculaire. La couche superficielle a été généralement considérée comme formant la totalité de la muqueuse, et lorsqu'on a dit que les culs-de-sac glandulaires pénétraient jusque dans le tissu musculaire utérin, il s'agissait, d'après l'auteur, d'une couche musculaire dépendant de la muqueuse, mais non du muscle utérin lui-même.

La couche connective est surtout visible dans les utérus de fœtus et dans certains cas chez l'adulte. H. DE BRINON.

L'amnios umano, nella sua genesi e struttura ed in rapporto all'origine del liquido aminotico, par Arnaldo VITI (*Broch.*, *Sienne*, 1886).

Toute la première partie de ce travail comprend l'étude du développement qui se réduit à l'exposition des idées, maintenant classiques, d'après lesquelles l'amnios tire son origine des feuillets externe et moyen du blastoderme.

Passant ensuite à la structure, l'auteur expose le résultat de ses recherches. L'amnios est composé de 4 couches, qui sont, en procédant de l'intérieur à l'extérieur : 1° la couche épithéliale ; 2° la couche conjonctive ; 3° la couche de substance intermédiaire, et 4° la membrane limitante.

La couche épithéliale est formée d'une seule assise de cellules plates. On n'y trouve pas les *stomates* décrits par Winckler ni la *couche endothéliale* admise par Meola (endothélium sous-épithélial).

La couche conjonctive est constituée par deux lames distinctes. L'une, superficielle (couche intermedio-laminaris), reste adhérente à l'épithélium précédent ; l'autre présente une structure particulière qui lui a fait donner le nom de couche conjonctive réticulée. C'est dans celle-ci que l'on trouve des fibres musculaires lisses, mais on n'y rencontre jamais de vaisseaux, du moins à la fin de la grossesse, tandis que chez certains animaux (chienne, chatte, truie, vache) ils sont assez visibles.

La couche intermédiaire située entre les deux replis de l'amnios primitif présente la structure du tissu muqueux et doit être considérée comme un dérivé de l'allantoïde. Son existence est presque toujours constante, aussi l'amnios adhère-t-il rarement au chorion.

La membrane limitante, décrite pour la première fois par Meola, forme la véritable limite entre le chorion et l'amnios. Elle est formée essentiellement d'une lame endothéliale et de quelques faisceaux conjonctifs délicats dirigés en tous sens.

Viti étudie ensuite l'amnios dans ses rapports avec la production du liquide amniotique. Il constate d'abord que dans la couche membraneuse de la face fœtale du placenta il existe un réseau de petits vaisseaux dérivés des gros troncs ombilicaux. Ce sont là les *vasa propria* de Jungbluth, que l'auteur propose d'appeler *couche vasculaire supra-placentaire*. Lorsque l'on pousse une injection par les vaisseaux ombilicaux, et surtout par la veine, il se fait une transsudation du liquide injecté, au travers de la membrane amniotique.

La conclusion est que le liquide amniotique tire son origine tout d'abord d'une filtration du sérum du sang fœtal contenu dans le réseau supra-placentaire, au travers des espaces lymphatiques du tissu conjonctif. Ce mécanisme est celui qui agit surtout dans les premiers mois de la grossesse ; mais dans la seconde moitié de celle ci, les vaisseaux supra-placentaires s'oblitèrent en partie, la filtration diminue et se trouve suppléée par les sécrétions rénale et cutanée du fœtus. Enfin l'organisme maternel ne laisse pas que de contribuer aussi pour une petite part à la formation du liquide amniotique, et cela par une transsudation séreuse au niveau des vaisseaux de la caduque.

La conclusion finale est que, par son origine, par sa structure et par son mode de fonctionnement, l'amnios peut être classé parmi les membranes séreuses.

A. NICOLAS.

Contribution à l'étude du muscle crémaster, du gubernaculum et de la migration testiculaire, par DEBIERRE et PRAVAZ (*Lyon médical*, n°s 21, 22, 23, 1886).

On peut ranger en trois groupes les opinions qui ont été émises sur l'origine du crémaster : 1° c'est un muscle indépendant ; 2° c'est le gubernaculum testis retourné ; 3° c'est une dépendance des muscles larges du bas-ventre. C'est à cette dernière que Debierre et Pravaz se rangent, se basant sur leurs recherches personnelles, qui leur permettent de préciser certains détails, et notamment d'avancer ce fait, à savoir que le faisceau interne inséré à l'épine pubienne manque dans le 1/3 des cas environ chez l'homme, et presque toujours chez les mammifères domestiques ; mais le point essentiel, c'est que le crémaster et le gubernaculum testis sont deux muscles tout à fait distincts : le premier est formé de

fibres striées; le second, de fibres lisses. De plus, on retrouve chez l'adulte le gubernaculum sous forme : 1° de faisceaux de fibres lisses situés autour du canal déférent dans l'épaisseur du cordon et dans l'intervalle des vaisseaux. Ces fibres se terminent en bas en se dissociant sur le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale ; en haut, elles vont s'insérer sur le péritoine au niveau de la réflexion du canal déférent ; 2° d'une bride ligamenteuse formée de nombreuses fibres-cellules, qui réunit l'extrémité inférieure du testicule et l'épididyme à la tunique fibreuse et aux faisceaux terminaux du crémaster. C'est à l'ensemble de cet appareil musculaire de fibres lisses que l'on peut donner le nom de crémaster interne; le nom de crémaster externe étant réservé au muscle à fibres striées dépendant des muscles abdominaux.

L'agent de la descente du testicule est le gubernaculum testis, et cet agent est *actif;* c'est lui qui attire le testicule dans le scrotum en même temps qu'il entraîne les fibres du petit oblique et peut-être du transverse destinées à former le crémaster externe. — Ces phénomènes et le rôle du gubernaculum (crémaster interne de l'adulte) sont surtout faciles à saisir et à mettre en évidence lorsque l'on étudie ce qui se passe chez les animaux à migration testiculaire périodique (rongeurs, insectivores). A. NICOLAS.

L'embaumement, la conservation des sujets et les préparations anatomiques par S. LASKOWSKI (*In*-8°. *Paris,* 1886).

Après avoir décrit sommairement les divers procédés employés dans l'antiquité et dans le moyen âge pour embaumer les morts, après avoir fait l'historique des nombreuses tentatives plus ou moins scientifiques entreprises pour la conservation temporaire des sujets destinés aux dissections, l'auteur montre comment il est arrivé à la formule qu'il préconise aujourd'hui :

Glycérine ambrée (marquant 28° Baumé)...........	100 k.
Alcool à 95°....................................	20
Acide phénique cristallisé......................	5
Acide borique cristallisé.......................	5

Ce liquide peut être employé pour l'injection ou la macération des pièces, et à ce propos Laskowski entre dans de longs détails sur son mode d'emploi dans la préparation des os, articulations, muscles, cerveau et moelle épinière. Signalons une masse à injection solidifiable encore peu connue et imaginée par Teichmann. Elle consiste en un mélange de craie préparée et d'une matière colorante à laquelle on incorpore une certaine quantité d'huile de lin cuite. La masse semi-solide ainsi obtenue est dissoute au fur et à mesure des besoins dans de l'éther sulfurique ou dans du sulfure de carbone et injectée avec une seringue. Le dissolvant s'évapore et il reste une masse consistante comme du bois. Pour lui garder une certaine souplesse, Laskowski y ajoute une petite quantité de caoutchouc dissous dans du sulfure de carbone. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

On the relation between the posterior columns of the spinal cord, etc. (Rapports des cordons postérieurs de la moelle et de la zone corticale excito-motrice), par Victor HORSLEY (*Brain*, *p.* 42, *avril* 1886).

Pour résoudre cette question, l'auteur a repris les expériences de Schiff en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses. Il procède par une double opération. Dans un premier temps, il enlève à un chien éthérisé l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale et fait une blessure très circonscrite du cordon postérieur de la moelle; puis, quelques jours après, il trépane le crâne et excite l'écorce cérébrale du côté opposé à la lésion du cordon postérieur de la moelle. Or, voici les résultats de cette double opération. Après la section du cordon, quand il ne se produit pas de méningo-myélite septique, l'animal semble d'abord ne rien éprouver : il n'est ni paraplégique, ni ataxique ; puis, au bout de deux ou trois jours, il se développe de la parésie des membres, accompagnée d'un certain degré d'anesthésie tactile. En pareil cas, l'autopsie des centres nerveux montre qu'il y a toujours propagation inflammatoire aux cordons antéro-latéraux, et dégénération de ces cordons. Quant à la dégénération ascendante, qui remonterait, d'après Schiff, jusqu'à l'encéphale en amenant l'atrophie du gyrus sygmoïde, l'auteur ne l'a jamais rencontrée. Les fonctions de l'écorce cérébrale persistent inaltérées, comme on peut s'en assurer par l'excitation électrique des gyrus sygmoïdes à droite et à gauche ; seulement les mouvements provoqués des membres paraissent très atténués du côté de la lésion spinale, en raison de la dégénération du faisceau latéral, qui ne manque jamais et se produit très vite, en trois ou quatre jours. H. R.

L'incrociamento dei nervi utilizzato per lo studio delle funzioni dei centri nervosi (L'entre-croisement des nerfs employé pour l'étude des fonctions des centres nerveux), par STEFANI (*Rivista clin. di Bol.*, *n°* 6, 1886).

Dans un travail antérieur, paru dans le même journal en 1885, l'auteur a montré que le chien peut exécuter avec la patte antérieure des mouvements de flexion et d'extension, des mouvements coordonnés de locomotion ; qu'il peut fixer le membre et présenter la patte au commandement, et cela lorsqu'on a, à la périphérie, fait continuer le radial avec le médian et le médian avec le radial. Dans ce nouveau travail, l'auteur a recherché ce que donne, chez ces animaux, l'excitation du centre cérébral du membre antérieur. Dans ses trois nouvelles expériences, il a reconnu de nouveau que les animaux peuvent faire des mouvements coordonnés dans un but intentionnel, alors que se trouvent changés les rapports des centres nerveux avec les muscles qui en dépendent. En conséquence de ces changements de rapports entre les centres et les nerfs, l'excitabilité cérébrale disparaît, bien que les animaux conservent l'aptitude à

exécuter des mouvements intentionnels et bien coordonnés. L'auteur croit pouvoir en conclure que les centres moteurs doivent être considérés comme les points où se rencontrent les conditions les plus favorables, mais non les conditions nécessaires à la formation des mouvements. Il insiste sur ce fait que chez le premier chien on ne put obtenir ni les mouvements de la patte, ni ceux de l'avant-bras et du bras gauche au moyen de l'excitation cérébrale, bien qu'on eût pratiqué seulement l'entre-croisement des nerfs moteurs de la patte, et que, chez le second chien, on ne put obtenir les mouvements d'extension ni de la patte, ni de l'avant-bras, ni du bras gauche, bien qu'on n'eût fait que l'entre-croisement de l'extenseur de la patte. F. BALZER.

De l'excitabilité des centres moteurs de l'écorce cérébrale chez les chiens nouveau-nés, par V. BEKHTERIEFF (de Kasan) (*Archives slaves de Biologie, t. II, fasc. 2, p.* 191-198, 1886).

En répétant les expériences de Soltmann et de Tarkhanoff sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale et le développement des centres psycho-moteurs chez les jeunes chiens, Bekhterieff est arrivé à des conclusions un peu différentes de celles qu'avaient posées ces auteurs.

Le développement des centres moteurs chez les chiens nouveau-nés est loin de s'effectuer dans des délais toujours uniformes, et il n'existe aucun rapport entre l'époque de leur apparition et celle de l'ouverture des yeux. Ils se montrent successivement : ceux des membres avant ceux de la face, ceux-ci avant ceux des muscles du dos et de la queue, et dès le principe ils se groupent sur la circonvolution sigmoïde, occupant à peu près les mêmes points que chez l'animal adulte ; seulement chez celui-ci ils sont mieux différenciés les uns des autres et commandent à des groupes de muscles plus restreints. — Ces centres jeunes s'épuisent très vite, même sous l'influence d'une excitation peu intense, et, chose curieuse, il est impossible, si violent que soit le courant excitateur, de provoquer chez l'animal des convulsions épileptiformes.

Pour expliquer le défaut de réaction motrice à l'irritation des centres corticaux chez les chiens qui viennent de naître, Soltmann avait invoqué l'absence de gaine myélinique dans les nerfs des hémisphères ; Tarkhanoff l'attribuait en outre à l'absence des cellules motrices (cellules géantes de la substance grise). L'auteur fait remarquer que l'excitabilité se manifeste à une époque à laquelle les cellules géantes sont loin d'avoir atteint leur entier développement, que d'autre part son apparition coïncide avec le développement de la myéline dans les fibres du faisceau pyramidal, et enfin qu'elle augmente progressivement ensuite. Il en conclut que le développement de la gaine de myéline, plutôt que celui des cellules géantes, règle l'époque d'apparition de l'excitabilité et que l'accroissement graduel de celle-ci pourrait bien être en rapport avec l'épaississement, graduel aussi, de la gaine médullaire. A. NICOLAS.

Sur la persistance des mouvements volontaires chez les poissons osseux à la suite de l'ablation des lobes cérébraux, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *juin et* 11 *octobre* 1886).

Dans les expériences antérieures de Flourens, de Baudelot, de Vulpian lui-même, sur l'ablation des lobes cérébraux chez les poissons, on

avait constaté que le poisson ainsi opéré ne se meut plus comme auparavant, mais semble poussé par une nécessité impérieuse, « créée sans doute par des excitations qui naissent principalement du contact des téguments avec l'eau, » disait Vulpian en 1854. Mais il fallait tenir compte aussi de l'action de l'eau sur les parties de l'encéphale laissées en place et à découvert. Dans des expériences récentes, Steiner (d'Heidelberg) a cherché à éliminer cette dernière influence, et est arrivé à des résultats que Vulpian vient entièrement confirmer. Le procédé de Vulpian consiste à remplir, après enlèvement des lobes cérébraux, le vide de la boîte crânienne, en y faisant couler un mélange fondu de paraffine et de vaseline, à parties égales. Le poisson, remis dans l'eau, reprend bientôt, après quelques hésitations, son attitude normale, et, s'il présente parfois un peu d'excitation les premiers jours, sa locomotion se fait ensuite sans aucune espèce de trouble. Il reconnaît une proie, et exécute, pour s'en emparer, les mêmes mouvements que les poissons intacts, de même espèce, qui vivent dans le même aquarium. Ainsi les carpes opérées ne confondent pas les morceaux de blanc d'œuf qu'on leur jette, avec d'autres corps blancs, de petits cailloux par exemple, qui sont au fond de l'eau. Donc la volonté persiste chez les poissons osseux auxquels on a enlevé les lobes cérébraux, et les manifestations volontaires sont chez eux en tout semblables à ce qu'elles sont chez les poissons dont l'encéphale est intact. M. DUVAL.

Sulla eccitabilita meccanica ed elettrica della corteccia cerebrale nell'uomo attraverso le pareti del cranio (Excitabilité mécanique et électrique de l'écorce cérébrale de l'homme à travers les parois du crâne), par SILVA (*Riv. clin. di Bol.*, *décembre* 1885).

L'auteur rappelle les expériences de Franck et Pitres, Bubnoff et Heidenhain, etc..., et expose celles qu'il a répétées chez l'homme. Il croit devoir admettre que chez l'homme l'écorce cérébrale peut être excitée à travers le crâne. Les expériences faites chez les animaux par de nombreux physiologistes reçoivent une nouvelle confirmation de ces faits. Il a pu produire chez quelques malades l'agraphie simple, l'aphasie motrice, la cécité verbale avec hémiopie, la surdité verbale, simplement à l'aide de la compression légère des régions du crâne correspondantes au centre de ces troubles fonctionnels. Il dit que ces derniers faits ont encore besoin de confirmation. L'auteur donne une série de tracés de contraction qu'il a obtenus chez deux femmes en excitant la section rolandique à travers les parois du crâne. Les expériences ont été faites pendant le sommeil hypnotique et à l'état de veille; on inscrivait la contraction obtenue soit par l'excitation électrique, soit par l'excitation mécanique. Il fait remarquer d'une manière spéciale que le temps de réaction est beaucoup plus long chez l'homme que chez les animaux. Il considère ce fait comme garantissant la valeur de ses expériences contre le reproche de simulation. Comment, dit-il, un individu pourrait-il simuler une période latente toujours égale à 0,15″ ? F. BALZER.

Contribution à la fonction des vaso-moteurs chez la grenouille, par J. ARKHAROFF (*Archives slaves de Biologie*, *t. I*, *fasc.* 3, *p.* 570-574, 1886).

Les vaso-moteurs destinés à la membrane natatoire passent principa-

lement par le plexus sciatique; la plus grande partie des vaso-constricteurs passe par la neuvième paire spinale; la plus grande partie des vaso-dilatateurs, par la huitième paire.

Pour les vaso-dilatateurs de la langue, on peut affirmer qu'ils constituent presque exclusivement les filets vaso-moteurs du grand hypoglosse et du glossopharyngien. Ces deux nerfs ne renferment qu'un nombre très limité de vaso-constricteurs. A. NICOLAS.

On an apparently peripheal and differential action of ether upon the laryngeal muscles (Des modalités d'action différentes de l'éther sur l'état des muscles du larynx), par Félix SEMON et Victor HORSLEY (*Brit. med. journ., p.* 407, *août-septembre* 1886).

Dans ce travail expérimental, les auteurs ont recherché sur des animaux éthérisés quelle était l'action du nerf récurrent sur les muscles du larynx, et ils ont rencontré des variations assez nombreuses pour les autoriser à incriminer l'influence de l'éther lui-même sur l'appareil musculaire laryngé. De ces recherches se dégagent les conclusions suivantes :

Les résultats de l'expérimentation varient suivant l'espèce animale en expérience. Les singes et les lapins ne se comportent pas comme les chats. Chez ces derniers, plongés dans le sommeil de l'éther, l'excitation du nerf récurrent donne toujours lieu à la contraction des abducteurs du larynx (dilatation de la glotte). Outre ces différences génériques, il y en a d'individuelles, et sur des sujets de la même espèce on voit l'excitation du récurrent entraîner tantôt l'abduction, tantôt l'adduction des muscles laryngés.

L'âge joue également un rôle : chez les jeunes animaux de deux ou trois mois, l'abduction du larynx est la règle après l'éthérisation.

Le degré d'intensité du courant excitateur, le traumatisme plus ou moins considérable subi par l'animal, sont autant de facteurs qui font varier les résultats de l'expérience. H. R.

The function of the recurrent laryngeal nerve, par F. DONALDSON (*Am. Journ. of the med. Sc., juillet* 1886).

Voici les résultats auxquels est arrivé Donaldson.

La respiration est un acte involontaire, bien que le diaphragme et les autres muscles respirateurs soient soumis à la volonté. Le larynx, à titre de partie essentielle du canal aérien, doit donc être relié aux centres respiratoires de la moelle. Dans la narcose profonde, les cordes vocales sont largement écartées, plus que dans la respiration normale, comme si le centre respiratoire envoyait une excitation exagérée aux muscles abducteurs ; toujours, en effet, il existe alors une tendance à la dyspnée, et un jeu amplifié des muscles normaux de la respiration.

Les muscles constricteurs du larynx semblent toujours dans un état de contraction tonique partielle et prêts à agir, et cela même dans l'état de narcose ou de perte momentanée de la connaissance, car l'excitation des récurrents ne provoque pas toujours, en pareil cas, l'abduction des aryténoïdes. L'auteur rapporte neuf observations faites sur le chien et qui en font foi.

L'abduction n'est obtenue qu'avec les excitations faibles du récurrent;

elle ne relève donc pas, comme l'a cru Hooper, de la perte de connaissance de l'animal. Si l'excitation du nerf devient plus intense, l'abduction des aryténoïdes se transforme graduellement en adduction. Ces résultats sont constants, quel que soit le degré de narcose, que le chien respire bien ou mal, que sa moelle soit intacte ou détruite.

Après une excitation forte et prolongée du récurrent, les muscles abducteurs s'épuisent et ne réagissent plus.

La volonté n'intervient donc ici en rien ; la dilatation glottique ne dépend que du degré d'intensité de l'excitation nerveuse.

Il restera à rechercher si cette irritabilité plus grande de l'appareil d'abduction relève de propriétés spéciales des filets nerveux ou des fibres musculaires. La première hypothèse est plus vraisemblable.

A. CHAUFFARD.

Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *octobre* 1886).

Sur le chien, on ne produit aucun mouvement du voile en électrisant soit la racine motrice du trijumeau, soit le facial ; l'électrisation de la racine du glosso-pharyngien a provoqué une fois un mouvement net du voile (sur un nombre de 5 chiens), et ce mouvement s'est borné à une légère élévation du bord libre du voile, qui se fronçait un peu en travers. L'électrisation des filets radiculaires supérieurs du pneumogastrique ne produit aucun effet moteur sur le voile. Mais l'électrisation des racines inférieures de ce nerf produit chez tous les chiens un mouvement énergique du voile ; il en est de même de la faradisation du filet radiculaire du spinal. Ainsi l'origine principale des fibres nerveuses motrices du voile du palais, chez le chien, est dans les filets radiculaires inférieurs du pneumogastrique et supérieurs du spinal. Peut-être ces divers filets radiculaires appartiennent-ils tous au nerf spinal ou accessoire de Willis.

M. DUVAL.

La température normale des vieillards, par MOSSÉ et DUCAMP (*Gaz. hebdom. de Montp.*, 1886).

Ce travail contient plus de 150 mensurations thermiques pratiquées chez trois vieillards en bonne santé, âgés, l'un de 80, l'autre de 76, le troisième de 75 ans, dans le but de vérifier le degré de la température physiologique des vieillards, ses variations suivant l'heure de la journée (matin et soir) et la différence qui existe normalement dans ce cas entre les températures axillaire et rectale. Les auteurs résument de la façon suivante, la moyenne, des résultats qu'ils ont obtenus.

	Age.	Poids.	Taille.	Température.	M.	S.
1° Vieillard de	80 ans.	55 kil. 500.	1m52....	Axillaire.	36.08	36.40
				Rectale..	36.46	36.95
2° —	76 —	66 —	1m60....	Axillaire.	36.48	36.41
				Rectale..	37.06	36.86
3° —	75 —	60 —	1m65....	Axillaire.	36.40	36.58
				Rectale..	36.83	37.04

Dans leurs observations, Mossé et Ducamp ont tenu compte du poids, de la taille des sujets et de la température de la salle dans laquelle ceux-ci se trouvaient. La température extérieure n'a varié que de 3°,5

pendant toute la durée des expériences (minimum 17°,5, maximum 21°).

Les chiffres indiqués comme moyenne physiologique concordent assez bien avec ceux qui ont été fournis antérieurement par d'autres observateurs; toutefois, ils sont un peu inférieurs à ceux indiqués par Charcot. La différence entre la température axillaire et la température rectale varie de 4 à 5 dixièmes de degrés en moyenne, chez le vieillard comme chez l'adulte. A. C.

Recherches de calorimétrie, par A. D'ARSONVAL (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, mars 1886, avec 26 *figures dans le texte*).

Dans cette première partie de son travail, l'auteur s'applique à bien définir sa méthode et à décrire ses appareils. Le principe de la méthode est la recherche d'un mode de calorimétrie tel que le calorimètre où est enfermé l'animal reste à une température sensiblement invariable, c'est-à-dire que les variations de température que détermine la présence de l'animal dans le calorimètre y soient à chaque instant compensées par un mécanisme qui donne la mesure de ces changements; c'est une *méthode calorimétrique par compensation.* Il s'agit donc d'avoir des appareils à température constante. Après avoir décrit les régulateurs de Bunsen, de Schlœsing, de Raulin, qui sont des régulateurs indirects, l'auteur donne le principe de son régulateur direct, dans lequel, au lieu de plonger un thermomètre régulateur dans le matelas liquide enveloppant l'enceinte, il utilise simplement les variations de volume de cette énorme masse de liquide pour régler le passage du gaz allant au brûleur. Tel est le principe de l'étuve ou couveuse qui est aujourd'hui dans tous les laboratoires sous le nom d'étuve de d'Arsonval. C'est en somme un grand thermomètre creux dans la cavité duquel on loge le corps à étudier. Vient alors la description des appareils de plus grand volume, capables de contenir une ou plusieurs personnes, pour les études de calorimétrie humaine, et enfin, comme on ne peut pas employer partout le gaz d'éclairage, nécessaire pour les appareils précédents, la description de régulateurs sans gaz, munis d'un thermo-siphon.

Comme appareils calorimétriques basés sur ces principes, l'auteur décrit d'abord une disposition dans laquelle la chaleur cédée au calorimètre lui est constamment enlevée au fur et à mesure de sa production par un courant d'eau qui, entrant à zéro, en ressort à la température ambiante T. Cette eau gagne donc T calories par litre écoulé, et la mesure de la chaleur produite est ramenée ainsi à celle d'un écoulement liquide. On peut donc, puisqu'il ne s'agit plus que de mesurer un volume de liquide et les phases de son écoulement, inscrire celles-ci au moyen de la méthode graphique, le liquide se rendant dans un vase cylindrique muni d'un flotteur, etc., selon le type des appareils analogues employés par Marey. On a ainsi le graphique du dégagement de chaleur.

Une autre méthode de calorimétrie est à température variable ou par rayonnement; ici, le corps dilatable entourant l'animal est de l'air, et la chaleur produite par cet animal est enlevée par le rayonnement de l'appareil au lieu de l'être par un courant d'eau. C'est toujours un grand thermomètre creux (thermomètre à air) dans la cavité duquel la source de chaleur est enfermée; cette cavité est reliée à un manomètre en U, de sorte que sesvariations de température (dilatation de l'air) se traduisent

à l'extérieur par le mouvement de la colonne de mercure du manomètre qui en donne la mesure. Suit une étude précise des causes d'erreur de la calorimétrie par rayonnement, des moyens de les éviter, et enfin du mode de graduation de ces appareils. M. DUVAL.

Nouvelle méthode directe pour l'étude de la chaleur animale, par V. DESPLATS (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mai* 1886).

Description d'un appareil basé sur la méthode du calorimètre à eau, et permettant de déterminer à la fois, comme l'a fait Despretz, mais d'une manière plus simple et plus pratique, la chaleur rayonnée, l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé. Les résultats obtenus par l'auteur sur les animaux normaux sont confirmatifs des faits classiquement connus. Il a de plus expérimenté : 1° sur des rats et des moineaux empoisonnés par l'oxyde de carbone, et constate à la fois une grande diminution dans la quantité de chaleur produite et dans la quantité de chaleur perdue par l'abaissement de la température du corps ; 2° chez des animaux alcoolisés, et constate que la production de chaleur est alors diminuée, en même temps qu'on trouve une diminution notable dans la quantité d'acide carbonique exhalé et d'oxygène absorbé ; ces faits sont d'accord avec les observations cliniques d'abaissement considérable de température chez les alcooliques, après plusieurs heures d'ivresse ; enfin, l'ensemble de ces expériences montre que ni l'oxyde de carbone ni l'alcool ne paraissent brûler dans l'organisme, et qu'ils ne semblent contribuer en rien à la production de la chaleur animale. M. D.

The electrical changes in the quiescent cardiac muscle which accompany stimulation of the vagus nerve (Modifications électriques du muscle cardiaque au repos lorsque l'on excite le nerf vague), par H. GASKELL (*The Journal of Phys., vol. VII, p.* 451).

Le physiologiste anglais admet que tous les tissus sont innervés par deux ordres de nerfs antagonistes, qu'il a appelés nerfs anaboliques et nerfs kataboliques. La fonction des premiers serait l'inhibition ; celle des derniers la contraction. Ces idées seraient confirmées dans une certaine mesure, si, par exemple, les modifications électriques produites par l'action d'un nerf inhibitoire étaient inverses de celles que produit un nerf moteur. C'est la démonstration de la réalité de ce fait que l'auteur annonce dans la présente note. L'excitation du nerf vague au cou provoque une variation positive dans le muscle de l'oreillette, tandis que la contraction de ce muscle s'accompagne d'une variation négative. Pour faire l'expérience, il faut opérer sur le cœur de la tortue, enlever la partie supérieure des oreillettes en laissant subsister le nerf coronaire et opérer pendant le repos de l'organe. Une petite dose d'atropine, capable comme l'on sait de paralyser le nerf inhibitoire, empêche cette variation électrique positive. Gaskell voit dans ces faits la confirmation de sa théorie des actions nerveuses. DASTRE.

Ueber die Natur der normalen Athmenreize und den Ort ihrer Wirkung (**Sur la nature de l'excitant normal de la respiration et le lieu de son action**), **par N. ZUNTZ et J. GEPPERT** (*Archiv für die gesammte Physiologie Band XXXVIII, p.* 337).

On admet généralement que les mouvements respiratoires sont réglés par les variations dans la proportion d'oxygène de CO^2 du sang qui baigne les centres respiratoires. L'influence des gaz du sang est indubitable, mais elle ne suffit pas à elle seule à expliquer tous les cas de modifications dans les actes mécaniques de la respiration. Ainsi, chez un chien qui exécute des mouvements musculaires, l'énergie des actes respiratoires augmente considérablement, et cependant le sang contient plus d'oxygène et moins de CO^2 chez l'animal qui travaille que chez l'animal au repos.

De même chez un chien où la section de la moelle épinière (entre la 8e et la 12e vertèbre dorsale) avait interrompu les communications entre le train postérieur et les centres respiratoires, la tétanisation du train postérieur produisit les mêmes effets : renforcement des mouvements respiratoires, quoique le sang contînt plus d'oxygène et moins de CO^2 qu'à l'état normal.

Même résultat encore après section de la moelle au niveau de la 7e vertèbre cervicale, et section de tous les nerfs du cou, à l'exception des phréniques.

Zuntz et Geppert concluent de la façon suivante :

1) L'activité plus ou moins grande de la ventilation pulmonaire est réglée par la composition (et la quantité) du sang qui vient baigner les centres nerveux respiratoires ;

2) Outre la proportion d'oxygène et de CO^2 contenue dans le sang, il faut admettre l'influence d'une troisième substance de nature encore indéterminée, qui se forme en grande quantité pendant la contraction des muscles, et qui, transportée avec le sang aux centres respiratoires, est capable de les exciter, même en présence d'un excès d'oxygène.

LÉON FREDERICQ.

Ueber automatische und reflectorische Athemcentren (**Sur l'activité automatique et réflexe des centres respiratoires**), **par GAD** (*Archiv f. Anat. u. Physiol. Phys. Abtheil.*, *p.* 388, 1886).

Bernstein avait annoncé que la dyspnée par manque d'oxygène excitait principalement les centres d'inspiration, tandis que la dyspnée par excès de CO^2 agissait surtout sur les centres d'expiration. Gad attaque la seconde de ces propositions. Dans toutes les expériences qu'il a faites sur l'action de la respiration de mélanges gazeux riches en CO^2, il a constaté une exagération des mouvements d'inspiration. Les expirations plus profondes qui suivent ces inspirations ne sont qu'une conséquence de ces dernières et se produisent par voie réflexe, comme dans les expériences d'insufflation pulmonaire de Breuer et Hering. Gad n'admet pas que les centres d'expiration puissent être excités *automatiquement*, c'est-à-dire par une action directe du sang sur leurs éléments histologiques.

Gad admet que la régulation de la respiration normale et son accommodation aux besoins de l'organisme dépend uniquement de la proportion

plus ou moins forte de CO^2 du sang; le déficit d'oxygène n'interviendrait pas d'ordinaire. Quand on fait respirer un animal dans un milieu confiné, les premiers signes de dyspnée apparaissent, d'après Gad, à un moment où le déficit d'oxygène n'est pas suffisant pour l'expliquer, et où, par conséquent, c'est l'accumulation de CO^2 qui en est seule la cause. Le travail de Gad contient encore diverses considérations intéressantes pour lesquelles nous renvoyons à l'original. L. F.

Rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique, par L. GARNIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 26 *juillet* 1886).

On sait combien il est difficile d'expliquer par une simple action physique le passage de l'acide carbonique du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles, la tension de dissociation de ce gaz étant contrebalancée en partie par la tension de l'acide carbonique qui est déjà dans les alvéoles. Si le tissu pulmonaire était acide, la mise en liberté de CO^2 serait facile à comprendre. C'est pourquoi, reprenant les idées de Verdeil, l'auteur a fait sur le tissu pulmonaire des recherches qui l'amènent à conclure qu'il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine : c'est qu'en effet l'outremer bleu injecté en pulvérisation dans le poumon de cobayes vivants se décolore, décoloration qui ne peut se produire qu'au contact d'un acide fort; la taurine, comme l'acide carbonique, ne peuvent produire cette action. L'analyse chimique du poumon n'a cependant pas permis d'en extraire un acide déterminé. M. DUVAL.

Zur Kenntniss der Blutgerinnung (De la coagulation du sang), par FREUND (*Wiener mediz. Blaetter, p.* 296, 1886).

Dans une première série d'expériences, l'auteur reçoit le sang de la carotide des chiens dans des vases remplis d'huile, et le sang ne se coagule pas même au bout de plusieurs heures ou jours à la température ordinaire.

Il reçoit ensuite du sang dans des vases préalablement enduits de vaseline. Il remue ce sang avec des baguettes de verre également graissées d'abord, et le sang ne se coagule pas davantage. Mais il suffisait de transvaser ce sang ou de le remuer avec une baguette sèche pour le voir se coaguler en quelques minutes. Il faut noter que les parois des vases vaselinés ne présentaient aucun dépôt de matière colorante ou de substance albuminoïde.

Une canule fermée et graissée et liée à la carotide de l'animal n'empêchait aucunement la circulation de se faire, et même au bout de 2 heures le sang ne se coagula point.

C'est donc par l'adhésion du sang aux corps étrangers que s'explique sa coagulation.

Dans une seconde série d'expériences, Freund laissa pendant plusieurs heures des vessies natatoires de poissons, préalablement gonflées, dans une solution aqueuse de chlorure de sodium à 0,6 0/0. Il y introduisit ensuite au moyen d'une canule en verre enduite de vaseline du sang frais et suspendit les vessies dans un litre de la solution précédente. Le sang ne se coagula pas. Les vessies ont donc acquis, par le gonflement, une propriété analogue à celle des vaisseaux, sur les parois desquels,

après écoulement du sang, on n'observe pas trace de matière colorante ni de fibrine coagulée. C'est donc l'absence d'adhésion qui explique la non-coagulation du sang. M. SCHACHMANN.

Ein Beitrag zur Theorie der Drüsensecretion (Sécrétion glandulaire), par ZERNER (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 191, 1886).

En injectant dans les veines une solution de sulfindigotate de soude, Heidenhain n'a pu provoquer, par l'excitation nerveuse, la coloration de la salive et des cellules glandulaires. L'auteur a obtenu au contraire des résultats positifs dans 4 expériences faites sur des chiens.

Après l'injection, il excite soit la corde du tympan, soit le sympathique cervical; les premières excitations sont suivies de salivation incolore, puis la salive devient bleue. On tue immédiatement l'animal. L'examen histologique des glandes salivaires montre la matière colorante dans la lumière des canaux excréteurs, des alvéoles et surtout des canalicules décrits par Pflüger et Boll. On la retrouve également çà et là dans les cellules, non seulement dans les cellules muqueuses, mais dans les cellules à bâtonnets qui tapissent ces fins canalicules. Un pareil fait indique que ces éléments sont des organes de sécrétion.

L'auteur ne peut dire si l'excitation de la corde du tympan a plus d'influence que celle du sympathique sur l'élimination de la matière colorante. L. GALLIARD.

Experimentelle Untersuchungen uber die Milchverdauung im menschlichen Magen (Recherches expérimentales sur la digestion du lait chez l'homme), par REICHMANN (*Zeitschrift für klinische Medicin*, *Band IX*, *Heft* 5, *p.* 565-588).

Reichmann a étudié chez un jeune homme de 20 ans, parfaitement bien portant, la façon dont le lait cru, le lait bouilli, le lait alcalinisé, se comportaient dans l'estomac.

1° *Lait cru.* — Au bout de cinq minutes, la coagulation de trois cents centimètres cubes de lait cru est déjà complète. Cette coagulation ne semble pas due à l'augmentation des acides de l'estomac, mais à un ferment spécial, probablement le ferment d'Hammarsten.

L'acidité de la masse ingérée atteint en moyenne son maximum au bout d'une heure quinze minutes.

Cette acidité est d'abord due exclusivement à l'acide lactique; l'acide chlorhydrique ne commence à se montrer en quantité appréciable qu'au bout de trois quarts d'heure. Il augmente ensuite peu à peu.

Après que le maximum d'acidité est atteint, les deux acides diminuent simultanément.

La production des peptones ne se fait guère qu'au bout d'une demi-heure. Elle cesse au bout de deux heures. Les parapeptones, au contraire, se forment surtout au début.

La digestion du lait est complète au bout de trois heures, mais ce n'est qu'au bout de quatre heures qu'il quitte entièrement l'estomac.

2° *Lait bouilli.* — L'acidité suit la même progression que pour le lait cru; la peptonisation est plus énergique, les flocons de caséine qui se déposent étant plus ténus. Aussi la digestion de trois cents centimètres cubes n'exige-t-elle plus que deux heures et demie.

Au bout de trois heures, l'estomac est entièrement vide. L'acide chlo-

rhydrique semble apparaître plus rapidement quand on donne des quantités inférieures à trois cents grammes.

Lait alcalinisé. — En donnant cent grammes de lait additionné d'un gramme de bicarbonate de soude, et en faisant prendre de plus, tous les quarts d'heure, un autre gramme de ce sel, on constate qu'il ne se produit plus de peptones.

La caséine se coagule néanmoins; le lait a entièrement passé dans l'intestin au bout de deux heures; le sujet reçoit donc dans cette expérience huit grammes de bicarbonate de soude. M. DEBOVE.

On the nature of the relationship of urea formation to bile secretion (Relations entre la formation de l'urée et la sécrétion biliaire), par Noël PATON (*Brit. med. journ.*, *p.* 207, *juillet* 1886).

D'une nouvelle série d'expériences, Paton tire les conclusions suivantes:

1° La destruction des globules rouges du sang est un puissant stimulant de la sécrétion biliaire; le foie fabrique le pigment biliaire aux dépens du pigment sanguin;

2° La production de l'urée est également accrue par la destruction des globules sanguins ;

3° La sécrétion biliaire et la production de l'urée sont deux fonctions solidaires l'une de l'autre et proportionnelles au degré de destruction des hématies ;

4° L'action cholagogue du salicylate de soude, du benzoate de soude, de la colchicine, du bichlorure de fer, de l'acide pyrogallique et leur influence sur la production de l'urée s'expliquent parce que ce sont des agents destructeurs des hématies. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 464.)

H. RENDU.

Pepsinogen and Pepsin (Pepsinogène et pepsine), par J.-N. LANGLEY et J.-S. EDKINS (*The Journal of Physiology*, *vol. VII*, *p.* 371).

Le carbonate de soude détruit plus rapidement la pepsine que le générateur de la pepsine. Les glandes gastriques contiennent ce générateur et non point la pepsine même. Ceci est vrai d'une manière générale, mais il restait encore à savoir jusqu'à quel degré cette formule est exacte et ce qu'elle devient pendant l'abstinence et pendant la digestion. C'est l'objet du présent mémoire. On constate, en augmentant la proportion du carbonate de soude, que la quantité de pepsine détruite augmente aussi. Plus le contact est prolongé, plus la quantité détruite s'accroît. Si l'on fait un extrait aqueux de la membrane muqueuse de l'estomac, on constate que la presque totalité de la pepsine est détruite lorsque le mélange de l'infusion avec un volume égal de carbonate de soude à 1 0/0 est prolongé pendant quinze secondes. La pepsine d'un animal à sang froid (grenouille) résiste mieux que celle des mammifères. D'ailleurs, chez la grenouille, la pepsine des glandes œsophagiennes est sécrétée dans un milieu alcalin et protégée contre l'action de ce milieu par des matières organiques telles que la mucine. Chittenden, Ely, Eves et Langley ont constaté que l'acide chlorhydrique détruit la ptyaline et que les peptones empêchent cette destruction. Les auteurs ont cherché si les peptones avaient le même effet préventif quant à la des-

truction de la pepsine par le carbonate sodique : l'expérience ne permet pas de répondre positivement à cette question : la peptone n'a pas d'influence sur le phénomène, chez la grenouille; chez le chat, l'influence existe. En résumé, le seul acte de neutraliser une solution de pepsine en détruit une grande partie : les peptones se combinent probablement avec les alcalis ou les sels alcalins, et ce fait expliquerait l'action préservatrice de ces substances protéiques. Les alcalis n'ont pas d'action énergique sur le pouvoir peptique de l'infusion gastrique chez l'animal à jeun. Ces glandes ne contiennent donc que peu ou point de pepsine véritable dans ces conditions. Le pepsinogène et la pepsine ne présentent que des différences de degré dans leur manière de se comporter devant les réactifs. Les acides minéraux étendus convertissent rapidement le pepsinogène en pepsine : en l'absence d'acides, le pepsinogène est remarquablement stable; le pepsinogène de la grenouille n'est pas modifié par le passage d'un courant d'oxygène. L'état de digestion provoque souvent, mais non toujours, l'accumulation de la pepsine dans les cellules glandulaires. L'acide carbonique détruit plus rapidement le pepsinogène que la pepsine : l'effet est atténué chez les mammifères par l'abondance des peptones ou des substances protéiques mélangées au suc gastrique. Pepsinogène et pepsine sont rapidement détruits par une température de 55 à 57°. DASTRE.

The Splanchnics (Les splanchniques, par Isaac OTT (*Phys. Labor. at Easton Medical News*, 1885).

Pflüger (1857) a montré que les splanchniques arrêtaient les mouvements de l'intestin. Keuchel (1868) a vu que l'atropine paralysait ces nerfs inhibitoires. I. Ott répète ces expériences en mettant l'intestin en activité par le procédé de Nothnagel, et les expériences semblent d'accord avec l'idée qui ferait des agents intestino-inhibitoires (morphine, atropine) des substances qui exciteraient les splanchniques. Les toxiques intestino-moteurs agiraient également sur l'appareil musculaire. Cette action compliquerait l'action nerveuse. DASTRE.

Intestinal Peristaltism (Péristaltisme de l'intestin), par Isaac OTT (*Contributions from phys. labor at Easton, Pensylv. Med. News*, 1885).

Si l'on ouvre la cavité abdominale d'un lapin immergé dans une solution saline à 1/2 0/0 de NaCl, à la température de 37-38°, le procédé de Nothnagel permet de provoquer une contraction intestinale au point que l'on voudra. Il suffit d'y déposer un cristal de sel marin. — I. Ott utilise cette propriété pour vérifier l'influence que les diverses parties de l'encéphale exercent sur les contractions intestinales. Il annonce que les couches optiques et les pédoncules cérébraux arrêtent ces mouvements et sont des centres inhibitoires pour les réflexes intestinaux comme pour la plupart des autres réflexes. Il semble en effet que ces mouvements soient diminués par l'excitation électrique des régions précitées; mais ils le sont plus encore par le fait de la seule ouverture du crâne. — L'usage des différentes substances toxiques confirme l'auteur dans ses vues : la morphine et l'atropine à faibles doses arrêteraient ce péristaltisme de Nothnagel : ce seraient des agents intestino-inhibiteurs ; au contraire, l'ésérine, la nicotine et la muscarine seraient des agents intestino-moteurs. DASTRE.

Zur Lehre von der Harnsecretion (Sur la sécrétion urinaire), par J. MUNK (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, nos 27 *et* 46, 1886).

J. Munk a fait, sur des reins de chien extraits du corps, des expériences de circulation artificielle de sang défibriné, soit pur, soit dilué avec de l'eau ou une solution physiologique de NaCl, ou encore additionné de différentes autres substances (sels et alcaloïdes). Dans ces conditions, il recueille par l'uretère 4-24 centimètres cubes par heure d'un liquide neutre ou alcalin, rarement légèrement acide, qu'il considère non comme un produit de transsudation, mais comme un produit de sécrétion des cellules glandulaires des canalicules urinifères. En effet, ce liquide est toujours plus riche en NaCl (de 18.67 0/0) que le sang qui sert à la circulation artificielle. La circulation du sang se faisait sous une pression de 100 à 190mm, Hg. Une variation de la pression sanguine comprise entre ces limites exerce peu d'influence sur la quantité du liquide sécrété ; cette quantité est influencée plus directement par la vitesse d'écoulement du sang qui traverse le rein. Mais cette action n'est pas à comparer à celle qu'exercent un certain nombre de substances diurétiques (chlorure de sodium, nitrate de potassium et de sodium, caféine, sucre de canne ou de raisin, glycérine), dont la présence peut augmenter de trois à quinze fois la quantité d'urine sécrétée. Ces agents diurétiques produisent en même temps une accélération de la vitesse d'écoulement du sang, accélération qui, cependant, ne peut à elle seule être rendue responsable de l'augmentation de la sécrétion. Il faut admettre une action directe des diurétiques sur les cellules sécrétoires du rein. La quinine et la pilocarpine excitent la sécrétion, la morphine la ralentit, la strychnine, l'atropine et la digitale paraissent sans action. Si l'on donne à la fois plusieurs diurétiques en petite quantité, on constate que leur action s'additionne.

J. Munk a observé également la synthèse d'un acide sulfoconjugué dans le rein traversé par du sang additionné de phénol et de sulfate de sodium. Enfin l'intégrité des globules rouges ne serait pas indispensable à la synthèse rénale de l'acide hippurique. LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales montrant que la rigidité cadavérique n'est due ni entièrement, ni même en grande partie à la coagulation des substances albumineuses du muscle, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 17 *et* 18 *octobre* 1886). — **Recherches expérimentales montrant combien sont variés et nombreux les effets purement dynamiques provenant d'influences exercées sur l'encéphale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux, du MÊME** (*Ibid.*, 2 *novembre* 1886).

Pendant le travail de rigidification, le muscle se modifie très fréquemment, non pas, comme on le suppose, en devenant régulièrement de plus en plus raide, mais en faisant alternativement des progrès vers la rigidité et des retours vers la souplesse. Dans un muscle atteint de rigidité, celle-ci peut reparaître après avoir été détruite. L'auteur accumule un grand nombre de faits du même genre, qui tous ne peuvent être conciliés avec la théorie de la production de la rigidité cadavérique par coagulation. D'autre part il a constaté que parfois la raideur *post mortem* apparaît dans un ou plusieurs membres, alors que l'irritabilité muscu-

laire n'y a rien perdu de sa puissance, et que, contrairement à l'opinion classique, la rigidité cadavérique peut disparaître avant le commencement de la putréfaction, car elle peut avoir cessé sur des muscles n'ayant aucune apparence de décomposition. Ces faits amènent à penser que la rigidité cadavérique n'est qu'une contraction musculaire *post mortem*, une contracture. Le spasme fixe des muscles qu'on nomme contracture n'est qu'une exagération du *tonus musculaire*, et la tonicité musculaire s'augmente et tend à passer à l'état de contracture dès que la circulation diminue dans les muscles. Aussi voit-on parfois une contracture, qui s'était montrée pendant la vie, ne pas cesser à la mort et durer après celle-ci pendant plus de vingt minutes.

A cette question se rattache celle des faits d'inhibition et de dynamogénie qui se montrent dans les nerfs moteurs sous l'influence d'irritations unilatérales des centres nerveux ou des nerfs sensitifs de la peau. Ainsi une irritation unilatérale de l'encéphale et de la moelle épinière cervicale, au niveau des premières paires, détermine de la dynamogénie dans le nerf phrénique et son muscle, dans les nerfs et les muscles du membre antérieur, du côté de l'irritation et dans les nerfs et muscles du membre postérieur de l'autre côté; après une irritation unilatérale, l'excitabilité d'un nerf moteur peut varier, en plus ou en moins, plusieurs fois après la mort, et d'une manière si notable qu'elle peut être alternativement bien plus forte et bien plus faible qu'à l'état normal. Que cette dernière particularité soit due quelquefois, au moins en partie, à des variations de tonicité des muscles, ce n'est pas douteux, mais assurément ce n'est pas là la seule cause des alternatives d'augmentation et de diminution, en apparence spontanées, des nerfs moteurs dans les cas en question.

M. DUVAL.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Experimentelle und pathol. anat. Untersuchungen über Tuberculose (Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur la tuberculose), par BAUMGARTEN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, p.* 93-152, *et p.* 245-276, *Band X, p.* 24-59).

Après avoir résumé ses travaux sur la tuberculose et sur le bacille, Baumgarten étudie l'évolution histologique du tubercule dans divers organes.

A. *Iris.* — Les inoculations dans la chambre antérieure permettent d'étudier très facilement le développement des tubercules de l'iris. Aussi est-ce sur cette membrane qu'a porté la plupart des recherches de Baumgarten. Les difficultés techniques pour obtenir à la fois, sur les préparations, la structure histologique (en particulier les noyaux) et la coloration des bacilles étant assez grande, Baumgarten commence par exposer en détail les procédés à employer.

L'acide chromique surtout donne d'excellents résultats et permet de

constater jusqu'à l'évidence le rôle de la *karyokinèse* au début de la formation du tubercule. On voit apparaître dans les cellules fixes de l'iris, aussi bien dans celles de la trame que dans celles des endothéliums antérieur et postérieur et des parois vasculaires, des figures karyokinétiques types. Les cellules ainsi modifiées forment de petits îlots qu'on trouve toujours aux endroits où s'étaient arrêtés les amas de bacilles. — Elles perdent bientôt leur forme plate pour se transformer en masses de protoplasma rondes, cubiques, polygonales ; parfois pourtant cette modification manque et la segmentation du noyau a lieu avant qu'elle ne se soit produite ; l'hypertrophie du protoplasma ne précède donc pas nécessairement l'hyperplasie.

La seconde modification histologique que l'on constate après la karyokinèse est l'apparition de nombreuses *cellules épithélioïdes* de nouvelle formation. Ces cellules sont produites par les cellules fixes soumises à la karyomitose. Elles ont 2 ou 3 noyaux, mais très rarement plus. Très rarement aussi on obtient par l'inoculation directe de matières tuberculeuses la formation de cellules géantes, au contraire de ce qui a lieu avec l'inoculation des matières de la pommelière.

Les cellules voyageuses ne sont pas très abondantes autour des foyers de tuberculose. Les rares cellules qui s'y trouvent ne s'organisent pas. Elles finissent par se diviser en corpuscules anguleux, puis en petits noyaux isolés.

La troisième étape histologique du tubercule est caractérisée par la formation d'un *réseau intérieur* entre les cellules épithélioïdes et d'une sorte de *capsule d'enveloppe*. Le réseau paraît constitué par une série d'anastomoses ; mais ce n'est là qu'une illusion, car il n'existe pas en réalité d'éléments à ramifications. La capsule établit une délimitation très précise entre le tubercule et les éléments voisins.

A partir de ce moment, la segmentation des noyaux devient dans les cellules épithélioïdes beaucoup moins intense. Elle ne se fait plus guère qu'à la périphérie.

A partir de ce moment aussi commencent à apparaître de plus en plus nombreux les *éléments leucocytiques*. En s'accumulant, ils donnent aux tubercules l'aspect du *tissu lymphoïde* à petites cellules, cet aspect que Virchow regardait comme caractéristique.— Bien que les leucocytes prennent de plus en plus les caractères des globules du pus ordinaire, la texture du tubercule reste assez longtemps ferme. Ce n'est qu'après la dégénérescence des dernières cellules et leur destruction que le pus se fait jour au dehors, entraînant les bacilles, qui sont devenus de plus en plus abondants.

Quant aux portions de l'iris qui ne sont pas directement envahies, le microscope permet d'y constater dès le dixième jour (avant l'apparition des nodules tuberculeux à la face antérieure de l'iris) la dilatation vasculaire et l'inflammation de tout le parenchyme.

Lorsque les inoculations sont faites avec des masses pommelières, les résultats sont un peu différents. Au moment où les leucocytes commencent à apparaître, on voit se former des cellules épithéliales à noyaux multiples, quelquefois très nombreux. Ces cellules résultent-elles de la segmentation d'un seul élément ou de la fusion de plusieurs? Baumgarten se range à la première de ces hypothèses. Il croit que dans cette variété

d'inoculation les bacilles sont moins nombreux, que l'irritation produite est moins forte et que la division du noyau peut continuer pendant plus longtemps. — La disposition radiée et régulière des noyaux vient à l'appui de cette théorie, car dans le cas de confluence de plusieurs cellules ils devraient être semés irrégulièrement. — Par suite de la lenteur du processus, qui n'amène pas aussi rapidement la segmentation du protoplasma, il est également possible aux *cellules géantes* de se produire.

B. *Cornée.* — 1) Inoculation directe. L'absence de vaisseaux dans la cornée, sa transparence parfaite, permettent de suivre avec une grande netteté la série des phénomènes macroscopiques. Pendant les cinq à six jours qui suivent l'inoculation, on ne voit qu'un point très légèrement trouble. Puis apparaît une ulcération bientôt entourée par des nodules blanchâtres qui gagnent de proche en proche. Ce n'est que plus tard qu'apparaît sur les bords de la cornée un pannus qui prend une extension rapide et ne tarde pas à recouvrir sa surface tout entière.

Au microscope, on constate tout d'abord, au point d'inoculation, une accumulation de nombreux bacilles disposés en masses étoilées. Les cellules voyageuses sont aussi plus nombreuses à ce niveau. — Aux extrémités de l'étoile, les bacilles ne tardent pas à former de petits amas arrondis. C'est au niveau de ces amas que se rencontrent les premiers *éléments karyokinétiques.* Ils restent d'ailleurs toujours assez rares. C'est là aussi que se montrent les cellules épithélioïdes. Mais ces cellules sont d'emblée mélangées de nombreux éléments lymphatiques; ces éléments prennent rapidement la prédominance, de sorte qu'on a bien plutôt que pour l'iris *la transformation lymphoïde.* La karyomitose, la formation des cellules épithélioïdes, n'ont lieu avec un peu d'intensité que sur les points où les bacilles sont en groupes isolés et peu nombreux. — La régression et la caséification sont rapides et ne laissent jamais ni aux cellules à plusieurs noyaux ni aux cellules géantes le temps de se former. — Cette rapidité de l'évolution semble due à ce que le traumatisme ajoute son action à celle de l'infection tuberculeuse.

2) Inoculation indirecte dans la chambre antérieure. La pénétration des bacilles semble avoir surtout lieu au niveau du tissu de cicatrice de la plaie cornéenne. Le nombre des nodules formés, leur extension est en raison directe de l'intensité de cette pénétration. — Le processus histologique est d'ailleurs entièrement identique à celui de l'iris, quoique bien moins rapide.

C. *Ganglions lymphatiques.* — La tuberculisation des ganglions lymphatiques se produit d'une façon constante et à peu près identique, quel qu'ait été le mode d'inoculation. C'est toujours vers la troisième semaine qu'apparaissent les premières modifications macroscopiques, augmentation de volume, taches gris jaunâtre à la coupe.

Au microscope, on trouve dans tous les éléments du ganglion, sauf dans les cellules libres, des bacilles soit isolés, soit groupés. — Leur absence dans les cellules libres s'explique parce que ces dernières ne sont guère constituées que par un noyau nu. Là où les bacilles sont groupés, on voit apparaître des cellules nouvelles à gros noyau ovale, à protoplasma abondant, de forme variable, cubique, arrondie, étoilée. En ce dernier cas, les prolongements des étoiles semblent se continuer avec le réticulum ambiant. L'intensité de la *karyomitose*, son extension aux cel-

lules fixes (qui d'après Fleming échapperaient à la karyomitose ganglionnaire normale) semble indiquer ce processus comme étant l'origine de ces nouvelles cellules.

Les *cellules épithélioïdes* deviennent de plus en plus nombreuses; parmi elles se trouvent des cellules à noyaux multiples et des cellules géantes; l'apparition des corpuscules lymphoïdes est tardive, elle se fait d'abord à la périphérie et ne va jamais jusqu'à la transformation lymphoïde. La caséification survient toujours avant.

Quand les bacilles ont été apportés non plus par les lymphatiques mais par les vaisseaux sanguins, la dégénérescence paraît débuter par la périphérie et non par le centre.

D. *Poumon.*— Après l'inoculation dans la chambre antérieure, le poumon est le premier viscère pris. La durée de la transmission assez fixe est de quatre à cinq semaines. Alors que les granulations sont encore très petites, on constate déjà une *mitose typique* sur les cellules fixes. Ordinairement ce sont celles des parois alvéolaires et des bronchioles terminales qui se prennent les premières. Les cellules épithéliales des alvéoles se détachent souvent et deviennent libres, leur protoplasma est très finement granulé. On trouve toujours des bacilles dans l'intérieur ou dans le voisinage des cellules atteintes. Il est plus rare que le début ait lieu par les cellules conjonctives du tissu interlobulaire des grosses bronches et des gros vaisseaux.

Ces phénomènes mitotiques sont suivis de la formation de *cellules épithélioïdes;* elles se réunissent en amas, deviennent bientôt nombreuses et riches en noyaux, mais ici encore on n'obtient de cellules géantes que par les inoculations de matières de la pommelière. Les *leucocytes* augmentent, ils masquent souvent la structure épithélioïde et donnent l'aspect de lymphome ; mais alors la caséification du centre est déjà assez avancée pour être caractéristique.

A mesure que l'envahissement tuberculeux progresse, la karyokinèse continue, mais se retrouve seulement pour les tubercules.

Baumgarten étudie ensuite les variations de développement qu'on observe suivant le mode d'inoculation, la quantité de bacilles. Discutant la théorie de Virchow, il n'admet pas de différence histologique fondamentale entre la tuberculose miliaire et la pneumonie caséeuse.

E. *Rein.* — Les bacilles apparaissent tout d'abord dans les mailles du glomérule ou dans l'épithélium des canaux urinifères. Ils sont toujours situés dans des cellules et ne se rencontrent jamais libres dans la lumière des canaux. Là encore, on observe d'abord la *karyokinèse* puis la formation de *cellules épithélioïdes* si nombreuses qu'elles obstruent les canaux urinifères et les capillaires, de sorte que la membrane propre des canaux ne tarde pas à se détruire. Les processus intra et extracanaliculaires arrivent alors à se fusionner et il devient impossible de les distinguer l'un de l'autre. Au niveau des glomérules, la prolifération de l'épithélium se fait aussi avec une grande intensité ; les phénomènes observés rappellent beaucoup ceux de la glomérulonéphrite de Klebs.

La tuberculose rénale respecte toujours les pyramides ; elle atteint son maximum dans la substance corticale.

F. *Foie.* — Les bacilles (dont le nombre reste toujours peu considérable) peuvent apparaître dans les divers éléments du foie. L'évolution

générale se résume toujours en karyokinèse et formation de cellules épithélioïdes, mais on observe quelques différences suivant l'élément envahi; tantôt ce seront les cellules hépatiques, tantôt les capillaires qui seront atteints et étouffés par le dévoloppement des cellules; on peut même voir le développement se limiter exclusivement aux cellules ou aux vaisseaux. A une période plus avancée, on rencontre *toujours*, quel qu'ait été le mode d'inoculation, des cellules épithélioïdes à noyaux multiples et des cellules géantes. Les cellules lymphoïdes restent toujours peu nombreuses. Ces particularités de l'évolution sont, on le voit, bien en rapport avec la faible quantité de bacilles.

Ces tubercules, produits artificiellement dans le foie, sont-ils absolument analogues aux tubercules spontanés? Baumgarten répond à cette question par l'affirmative.

G. *Rate.* — L'époque d'apparition, l'extension des tubercules sont plus variables pour la rate que pour les autres organes. Les tubercules siègent surtout dans les follicules et la pulpe splénique, plus rarement dans la capsule et les trabécules. Quant au processus histologique, il ressemble, détail pour détail, à celui qui a été décrit pour les ganglions lymphatiques. Les difficultés pour distinguer la karyomitose pathologique de la karyomitose normale sont les mêmes. Là aussi la prolifération cellulaire n'a pas son point de départ dans les cellules libres, mais dans les cellules fixes du réticulum. L'apparition des cellules géantes, assez fréquente après l'inoculation avec les matières tuberculeuses ordinaires, est là encore constante avec les matières de la pommelière. Mais, détail qui mérite d'être noté, jamais, dans les tuberculoses expérimentales de la rate, on n'observe le ramollissement des masses caséeuses.

H. *Moelle des os.* — La moelle des os, même chez les animaux vieux, prend l'aspect de la moelle rouge; cette modification de couleur semble précéder la prolifération. Mais les éléments cellulaires de la moelle sont si complexes, qu'il est impossible de préciser ensuite aux dépens desquels d'entre eux s'effectue la karyokinèse.

Au moment de l'apparition des cellules épithélioïdes, le processus devient plus net; leurs contours rugueux et anguleux les distinguent des cellules arrondies de la moelle normale; enfin leur groupement en amas vient lever tous les doutes; on rencontre assez souvent des cellules géantes.

I. *Épiploon.* — Tuberculose miliaire constante à évolution absolument identique à celle de l'iris, on ne voit pas dans la tuberculose expérimentale de caséification complète du centre.

J. *Intestin.* — La tuberculose, rare dans les inoculations éloignées, est presque constante après l'ingestion de matières tuberculeuses. Les bacilles ne se rencontrent jamais au début que dans les follicules isolés ou agminés; ils sont donc absorbés par les chylifères; un peu plus tard, ils envahissent les ganglions mésentériques et les autres couches de l'intestin. En employant des matières putréfiées dont la virulence est moindre, on a toujours des cellules géantes, et les cellules lymphoïdes sont moins nombreuses qu'avec les matières fraîches. Pour tout le reste, même évolution que dans les ganglions lymphatiques. M. DEBOVE.

Influence de l'organisme du cobaye sur la virulence de la tuberculose et de la scrofule, par S. ARLOING (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *septembre* 1886).

Le tubercule pulmonaire infecte le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit point de lésions viscérales chez cet animal. Sans oser en conclure que les deux processus soient spécifiquement distincts, force est bien d'admettre que, s'ils dérivent d'un seul agent, l'activité de celui-ci semble considérablement atténuée dans la scrofulose. Partant de cette idée, il était intéressant de rechercher si l'on pourrait augmenter la virulence de la scrofulose et la rendre capable d'infecter le lapin. L'organisme du cobaye est un terrain excellent pour cette étude, car la scrofulose prend chez lui un caractère extrême de malignité. Or, les expériences faites dans ce sens ont montré à Arloing que le passage de la scrofulose sur le cobaye, pendant deux générations, n'augmente pas sa virulence pour le lapin. Au contraire l'organisme du cobaye augmente la virulence du virus tuberculeux affaibli (tuberculoses locales). Si donc il n'est pas prouvé que la tuberculose et la scrofule soient l'œuvre de virus distincts, il est évident que dans la scrofulose ganglionnaire vraie ce virus est si éloigné de sa virulence primitive qu'il semble constituer une variété fixe, analogue à ces micro-organismes qui, après avoir vécu pendant plusieurs générations sur une espèce animale, sont devenus incapables désormais de tuer l'espèce qui les avait fournis et dans laquelle ils faisaient de nombreuses victimes. M. DUVAL.

Alcune ricerche sperimentali sul bacillo della tubercolosi (Recherches expérimentales sur le bacille de la tuberculose), par Toma PIETRO (*Annali universalidi med. janvier* 1886).

Un crachat bien desséché peut rester infectant pendant 9 ou 10 mois, si on le maintient à une température moyenne de 25°, sans humidité; il peut encore être cultivé et donner des colonies de bacilles inoculables. Un crachat desséché et conservé au delà de 2 mois, à une température de 30-35°, perd sa virulence; à 50°, il la perd en un mois, à 80-100°, il la perd en une heure. Les inhalations de crachats pulvérisés peuvent produire une infection dans le cas de débilité de l'organisme et de nutrition insuffisante; quand il existe des lésions des muqueuses, elles agissent comme si l'on pratiquait une inoculation directe.

Au point d'inoculation se forment, presque toujours, des noyaux tuberculeux, d'où l'infection se propage par les lymphatiques, et très probablement aussi par l'intermédiaire des cellules lymphoïdes qui incorporent des bacilles. Ceux-ci sont toujours plus nombreux dans les jeunes nodules tuberculeux que dans les anciens déjà caséeux.

Toutes les expériences de l'auteur, au nombre de 35, ont été faites sur des lapins. F. BALZER.

Ricerche intorno alla gangrena polmonare di natura micotica (Recherches sur la gangrène pulmonaire, de nature microbienne), par BONOME (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino, p.* 121, 1886).

L'auteur a observé sept cas de gangrène pulmonaire primitive. Chez tous ces malades, la lésion a pris la forme d'une nécrose circonscrite, soit superficielle, soit profonde, et dans le premier cas intéressant la

plèvre ; une fois on a trouvé du liquide fétide dans la cavité pleurale, sans qu'il y eût ulcération du foyer pulmonaire. A la coupe, celui-ci, lorsqu'il était récent, ressemblait beaucoup à un furoncle, avec bourbillon central : le noyau gangréneux, infiltré de leucocytes morts, était entouré d'une zone granuleuse de démarcation, en dehors de laquelle se voyait une suffusion hémorragique plus ou moins abondante ; au voisinage du foyer, le tissu pulmonaire présentait les lésions de la pneumonie catarrhale. — Dans les sept cas, l'examen histologique a révélé, indépendamment de divers schizomycètes accidentels, l'existence constante du staphylococcus pyogenes albus ou du staphylococcus pyogenes aureus et une fois de l'un et de l'autre. Le microbe en question a pu être isolé, cultivé à l'état pur, et inoculé à des lapins et à des cochons d'Inde. H. BARTH.

Il pneumococco del cavallo, o meglio il bacterium pneumoniæ crouposæ equi, par PERRONCITO (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, *p.* 174, 1885).

L'auteur croit avoir découvert, dans la pneumonie croupale à foyers multiples des solipèdes domestiques (cheval, âne, mulet), un micrococque de forme sphérique ou ovale, tantôt isolé, tantôt géminé, plus rarement disposé en chaînette, entouré d'une auréole gélatineuse dont la forme et la dimension rappellent la capsule du pneumococcus de Friedländer, mais qui ne se colore pas par les réactifs employés pour mettre cette dernière en évidence. Ensemencé dans la gélatine de Koch, ce microcoque reproduit la culture *en clou*. Lorsqu'on inocule le produit de culture dans la cavité pleurale ou péritonéale d'un cobaye ou d'un lapin, on produit une pleuropneumonie ou une péritonite diffuse, avec exsudats fibrineux grisâtres dans lesquels fourmille le même microbe ; avec ces exsudats ou avec le sang pris dans le cœur, on peut reproduire des cultures identiques à celles qui ont servi pour l'inoculation. Quand on introduit le germe à l'aide d'une seringue de Pravaz directement dans le poumon à travers la paroi thoracique, il se produit au point d'inoculation un foyer pneumonique de la grosseur d'un œuf de poule, tout à fait semblable aux noyaux de pneumonie croupale spontanée. En somme, le pneumococcus du cheval paraît présenter de grandes analogies avec celui de l'homme, il en diffère toutefois, parce que sa capsule n'est pas colorable par les mêmes moyens et parce qu'il est pathogène aussi bien pour le lapin que pour le cobaye, tandis que le premier de ces animaux est réfractaire au pneumococcus de l'homme. H. BARTH.

Osservazioni ed esperimenti sul Pneumococco, par FOA et RATTONE (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, *p.* 79, 1885).

Ces expériences ont été pratiquées à l'aide de cultures pures du coccus de la pneumonie, provenant du laboratoire de Frobenius. On sait que le pneumocoque de Friedländer, cultivé dans la gélatine, ne présente pas la capsule caractéristique ; or, si on inocule une parcelle de cette culture sous la peau d'un cobaye, au bout de deux jours on trouve au point inoculé un œdème inflammatoire constitué par un épanchement de sérosité louche dans laquelle nagent d'innombrables microcoques, tous pourvus d'une capsule facilement colorable et trois ou quatre fois plus épaisse

que celle du pneumococcus recueilli dans un poumon hépatisé. La même culture pure, introduite dans la cavité abdominale, détermine une inflammation séro-fibrineuse qui s'étend à tout le péritoine, traverse même le diaphragme et gagne le péricarde et les cavités pleurales; dans ces conditions, quand l'animal est mort spontanément, on trouve dans le liquide exsudé des pneumocoques à capsule peu apparente ou même nulle; si au contraire on a sacrifié l'animal en expérience dès le développement des phénomènes de péritonite, on trouve les capsules très volumineuses et facilement colorables, d'où on peut conclure que la capsule répond à la période du plus grand développement des pneumocoques et disparaît quand ils vieillissent. Ce qui prouve que cette disparition n'est pas un phénomène cadavérique, c'est ce fait que chez le sujet sacrifié en pleine péritonite, et dont les viscères ont été abandonnés pendant 48 heures à l'air libre, on reconnaît les capsules avec tous leurs caractères.

Dans une autre série d'expériences, les auteurs ont inoculé une culture pure du pneumococcus dans la muqueuse nasale de plusieurs cochons d'Inde. Ces animaux étant morts spontanément, on a trouvé, avec une légère aréole inflammatoire au point d'inoculation, une méningite généralisée, dont l'exsudat renfermait en quantité des pneumococcus qu'on a pu cultiver avec succès sur la gélatine. Cette expérience tend à démontrer que l'infection s'est faite par les voies lymphatiques des fosses nasales, dont les communications avec les espaces subduraux et sous-arachnoïdiens sont très faciles.

L'inoculation pratiquée dans le péritoine chez des femelles de cobaye en gestation a provoqué l'avortement en l'espace de 36 ou 48 heures, mais on n'a jamais trouvé le microbe dans le sang du fœtus, ni dans le parenchyme hépatique, ni dans le placenta. On l'a trouvé en revanche dans le placenta maternel, en petite quantité, et très abondamment dans les sinus utérins. D'où il semble résulter que le pneumocoque ne passe pas de la mère au fœtus et occasionne l'avortement en favorisant le détachement du placenta, ou par les troubles fonctionnels qu'il détermine.

Inoculé dans la veine jugulaire, ou dans la carotide du cochon d'Inde, le pneumocoque ne produit rien. Dans le foie ou dans la rate, il détermine des altérations manifestes, mais dont l'étude est gênée par la péritonite qui se montre simultanément. Dans le rein, on obtient une néphrite particulière, en foyers circonscrits, remplis d'une quantité innombrable de microcoques et entourés d'une zone d'irritation parenchymateuse avec karyokinèse des épithéliums.

Chez le lapin, les inoculations du pneumococcus, soit en culture pure, soit recueilli dans les exsudats frais de la péritonite expérimentale du cobaye, ne donnent jamais aucun résultat. Introduit dans le parenchyme rénal, le germe d'inoculation produit seulement un petit noyau de néphrite interstitielle traumatique, dans lequel il est impossible de découvrir aucun pneumocoque. Le lapin semble donc être réfractaire à l'infection par ce micro-organisme. H. BARTH.

Der Einfluss von Fiebertemperaturen auf den Pneumoniecoccus (Influence des températures fébriles sur le pneumococcus), par W. PIPPING (*Fortschritte der Medicin*, n° 14, 1886).

Des cultures de pneumococcus dans du bouillon furent successive-

ment portées, pendant plusieurs jours, à des températures de 38°, 39°, 40° et même 42°, c'est-à-dire aux températures maxima, qu'on peut observer chez l'homme dans la pneumonie franche, sans perdre, ni augmenter de virulence. Toutes les souris inoculées succombèrent et l'examen des viscères, du sang, des cultures nouvelles, etc. ne différèrent en rien de ce que l'on observe ordinairement dans la pneumonie expérimentale. Cependant, dit l'auteur, si ces températures élevées ne sont pas susceptibles d'atténuer la virulence du pneumococcus, celui-ci du moins présente quelques particularités dans son développement ; à 40°, et au-dessus, les tubes de bouillon ensemencés se troublent plus tardivement, quelques-uns même restent clairs; le pneumococcus, cultivé pendant quelques jours à une température de 39°, s'allonge, se segmente, et ne présente plus la forme ovoïde habituelle; on observe encore un assez grand nombre de formes irrégulières, se colorant difficilement, aux contours indécis, qui semblent être des produits de destruction du coccus de Friedländer. W. OETTINGER.

Sur un champignon développé dans la salive humaine, par GALIPPE (*Journ. de l'Anat. et de la Physiologie, décembre* 1885, *avec une planche. — Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *mai* 1886).

Ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil de Pasteur, et la salive filtrée n'ayant pas été transvasée, l'auteur a vu apparaître à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante, non en contact avec la salive, un champignon constitué par des tubes de mycélium et des spores. Ce champignon a été cultivé, et on a reconnu que ce n'était ni un aspergillus ni un penicillium. Ce champignon, qui n'avait jusqu'ici été ni décrit ni figuré, appartient à la famille des *monilia*. Galippe propose de lui donner le nom de *monilia sputicola*. M. D.

Micrococcus Pasteuri, par G. STERNBERG (*Am. Journ. of the med. Sc., juillet* 1886).

Court mémoire consacré surtout à une revendication de priorité. Sternberg déclare que dès l'été de 1880 il découvrit que la salive contenait un micro-organisme qui, injecté dans le sang, tuait les lapins. A la suite du travail de Pasteur, sur une septicémie produite chez le lapin par l'injection de la salive d'un enfant mort de la rage (décembre 1880), Sternberg donna au nouveau microbe vu par Pasteur et par lui le nom de *Micrococcus Pasteuri*. C'est le même microbe que Fränkel a depuis isolé, cultivé, et inoculé, aux dépens de la salive humaine. Sternberg n'admet pas son identité avec le pneumococcus de Friedländer, et s'attache surtout à montrer qu'avant Fränkel il en avait décrit les caractères morphologiques et montré les effets pathogènes. A. CHAUFFARD.

Bacterial cultures from a case of mycotic endocarditis in man, par Mitchell PRUDDEN (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 46, 10 *juillet* 1886).

L'auteur estime que la distinction anatomique n'est pas assez nette entre l'endocardite ulcéreuse, maligne et l'endocardite simple : ainsi, sur onze cas d'ulcération valvulaire bien marquée, quatre fois seulement il a constaté la présence de bactéries. Dans un seul cas d'endocardite ulcéreuse, maligne (dans le cours d'une pyohémie consécutive à une ostéotomie

cunéiforme pour pied bot), il put isoler et étudier vivant le micro-organisme qui était le *staphylococcus pyogenes aureus.*

Après l'expérimentation sur les animaux, on trouve que les sphérobactéries trouvées dans les lésions cardiaques ou périphériques sont le *streptococcus pyogenes* et le *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus.*

L'injection intra-veineuse d'une de ces bactéries ou de leur mélange, chez le lapin, après lésion chimique ou mécanique de l'endocarde, produit des lésions absolument analogues, sinon, identiques à celles de l'endocardite ulcéreuse, maligne de l'homme : l'injection intra-veineuse seule, ou le traumatisme valvulaire, ne suffisent pas : leur union est nécessaire.

Ces expériences tendent à confirmer cette hypothèse que l'endocardite ulcéreuse, maligne, est simplement une forme de lésion pyémique, déterminée par des conditions prédisposantes de l'endocarde. MAUBRAC.

Beitrag zur Frage nach der Constanz der Spaltpilze (Kokkobacillus zymogenus und Bacterium termo (Contribution à la question de l'immuabilité des schyzomycètes), par Ph. BIEDERT (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band C, Heft* 3, *p.* 439)

L'auteur, voulant faire des études sur les microbes de la salive, a fait des cultures sur plaques, puis des cultures en série. Il a vu dans ces dernières cultures des microbes en forme de points se transformer en bâtonnets, et suivant que les conditions dans lesquelles il se plaçait étaient plus favorables à telle ou telle forme, il obtenait à volonté une prédominance de la forme cherchée. En laissant vieillir des cultures ne contenant presque que des bâtonnets et même de grands filaments, il voyait les bâtonnets se fragmenter pour ainsi dire en un grand nombre d'articles en forme de points et prendre ainsi l'apparence du bacille de la tuberculose examiné à de forts grossissements. Il considère que cette fragmentation est une sorte de dégénérescence; en effet, dans ces cas, l'inoculation des produits de ces cultures vieillies donnait rarement naissance à de nouvelles cultures. L'auteur admet que les deux formes qu'il a étudiées et qui seraient le coccobacillus zymogenus et le bacterium termo seraient non pas deux espèces distinctes, mais deux périodes de l'évolution d'un même organisme. Il insiste sur l'importance théorique et pratique de cette doctrine de la variabilité des espèces microbiennes. Il reprend en somme au sujet de ces deux microbes l'opinion déjà émise par Büchner au sujet de la transformation du bacillus subtilis de l'infusion de foin en bactéridie charbonneuse, opinion qui n'est généralement pas admise.

P. GALLOIS.

Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der putriden Intoxication (Contribution expérimentale à la connaissance de l'intoxication putride), par C. BLUMBERG (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band C, Heft* 3, *p.* 377).

L'auteur fait une série d'inoculations à des chiens, leur injectant soit sous la peau, soit dans la jugulaire tantôt du sang putréfié, étendu et filtré, tantôt une macération de viande filtrée. Dans les liquides qu'il va injecter, il constate des formes microbiennes variables, tantôt presque rien, ici des microcoques, là des bâtonnets. Il ne tente aucun essai de séparation. Il ne cherche pas davantage sur ses animaux après leur mort à retrouver les microbes qu'il inocule. Il observe après ses inocu-

lations divers symptômes. Les macérations de viande donnent des accidents notablement plus violents que le sang putréfié, elles produisent des hémorragies intestinales, du ténesme, des vomissements, de la conjonctivite, parfois des contractures des membres supérieurs, tous phénomènes qui ne s'observent pas avec les injections de sang putréfié. En comparant les variations des résultats suivant les milieux absorbants, il note que l'injection directe dans les veines donne des accidents presque immédiats et plus graves ; la température dans ce cas peut tomber bien au-dessous de la normale, au-dessous même de la graduation du thermomètre médical employé (32°). Enfin l'injection intraveineuse provoque constamment des hémorragies intestinales et des vomissements. Les lésions anatomiques présentent des différences analogues. L'injection sous-cutanée donne lieu à de l'anémie ou à de l'œdème cérébral, l'injection intraveineuse provoque de l'hyperémie. Les hémorragies sous-endocardiques sont très fréquentes dans les cas d'injection dans le sang, les congestions viscérales et les hémorragies sont également bien plus marquées dans ces cas. Le sang des animaux ne contenait dans aucun cas aucune forme bactérienne. P. GALLOIS.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen u. s. w (Lésions des reins et du foie dans certains empoisonnements s'accompagnant d'hémoglobinurie ou d'ictère), par M. AFANASSIEW (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *XCVIII*, *Heft* 3, *p*. 460).

Divers auteurs avaient déjà produit expérimentalement l'hémoglobinurie avec lésions rénales ; l'auteur, en injectant à des chiens de la toluylène-diamine, avait déterminé à la fois des lésions du rein et du foie. Ce sont ces recherches publiées dans le *Zeitschr. f. klin. Med.*, VI, 4, que l'auteur complète (*R. S. M.*, XXV, 93). Il a injecté soit de la glycérine, soit de l'acide pyrogallique, soit de la toluylène-diamine. La glycérine détermine surtout la sortie de l'hémoglobine hors du globule, mais sans modifications dans la forme de celui-ci. Elle provoque une hémoglobinurie très rapide sans ictère. Si la dose injectée est faible, on observe de l'hémoglobinémie sans hémoglobinurie. La toluylène-diamine altère les globules qui se décolorent et éliminent des granulations colorées par l'hémoglobine. La rate s'hypertrophie. Si la quantité injectée est faible, on observe de l'ictère hémohépatogène ; si la quantité est plus forte, outre cet ictère, on observe de l'hémoglobinurie. L'action de l'acide pyrogallique paraît être intermédiaire à celle des deux agents précédents. Il produit surtout de l'hémoglobinurie avec un ictère léger. Ces trois substances doivent donc être considérées comme des destructeurs du globule rouge. A des doses très légères, on observe de l'hémoglobinémie, de la polycholie avec diarrhée ou vomissements bilieux.

Quelles sont les lésions rénales et hépatiques observées dans ces divers empoisonnements? La glycérine sur le lapin détermine de la glomérulo-néphrite avec dégénérescence graisseuse, nécrose de coagulation, parfois de l'infiltration calcaire déjà signalée par Salkowski à la suite de l'empoisonnement par le mercure. Sur le chien, les altérations sont moins marquées, mais de même nature, la dégénérescence graisseuse des cellules rénales ou hépatiques est à peine marquée, la calcification ne s'est jamais rencontrée. L'acide pyrogallique (1 ou 2 décigrammes par kilo-

gramme du poids de l'animal) produit dans le rein les mêmes lésions. Dans le foie surtout, nécrose de coagulation presque localisée au centre du lobule, infiltration d'éléments ronds autour de la veine centrale. Pour la toluylène-diamine, l'auteur prévient qu'il a employé un produit fourni par Kahlbaum (de Berlin), produit entièrement blanc, soluble dans l'eau à chaud et donnant ainsi une solution absolument neutre et non alcaline. Introduite dans les voies digestives, cette toluylène-diamine produit d'abord l'ictère, puis l'hémoglobinurie; injectée sous la peau, elle provoque très rarement l'hémoglobinurie. Ce dernier phénomène serait dû à la combinaison de la toluylène-diamine avec l'acide gastrique; en effet, l'injection sous-cutanée d'une solution acidulée de cette substance provoque l'hémoglobinurie. Acidulée ou non, elle détermine des lésions très rapides du foie dont les cellules perdraient la propriété de décomposer l'hémoglobine et les autres produits dérivés du sang, et de les transformer en pigments biliaires. L'empoisonnement chronique s'accompagne de lésions très marquées des cellules hépatiques (dégénérescence graisseuse marquée, surtout au centre du lobule); les cellules se remplissent de pigments biliaires et de produits de destruction du globule, puis se nécrosent. Infiltration cellulaire autour de la veine centrale. Les altérations rénales sont plus nettes qu'avec l'acide pyrogallique. Dans les deux organes, présence de lésions interstitielles au voisinage des lésions épithéliales.

Après l'indication des altérations produites par chacune des trois substances qu'il a étudiées, l'auteur fait une sorte de récapitulation détaillée des lésions accompagnant l'hémoglobinurie et l'ictère hémohépatogène. Il décrit les altérations du sang (décoloration des globules, élimination de granulations), étudie ces granulations qui n'absorbent aucun des rayons du spectre solaire, décrit les lésions rénales dues à l'hémoglobinurie et à l'ictère hémohépatogène (cylindres contenant soit des granulations, soit des cristaux de pigments biliaires ou d'hémoglobine). Ensuite il compare ces phénomènes à ceux qui se montrent à la suite de la transfusion du sang chauffé à 50 ou 60° environ. Si l'on prend à un animal de 16 à 20 0/0 du poids de son sang, qu'on chauffe ce sang à 56° et qu'on l'introduise de nouveau dans les veines de l'animal, on provoque de l'hémoglobinurie ; si on l'a chauffé à 53° seulement, on observe à la fois l'hémoglobinurie et l'ictère. Les lésions rénales sont identiques à celles que l'auteur obtenait par l'injection des substances toxiques précédentes. En résumé, les lésions de l'hémoglobinurie et de l'ictère hémohépatogène sont pour le rein, au début, une glomérulonéphrite, et plus tard une néphrite interstitielle hémoglobinurique, et dans le foie une hépatite interstitielle *ex ictero hœmohepatogeno*. P. GALLOIS.

Ueber den Icterus durch Polycholie und die Vorgaenge in der Leber bei derselben (Sur l'ictère par polycholie et sur les processus qui se passent dans le foie dans cette forme d'ictère), par MINKOWSKI et NAUNYN (*Archiv für experiment Pathologie und Pharmak.*, *Band XXI*, *Heft* 1, *p.* 1, 1886).

Les résultats des recherches expérimentales des deux auteurs peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Chez les animaux auxquels on a extirpé le foie, la sécrétion biliaire est

supprimée ; sur ce point, les expériences de Minkowski et Naunyn ont confirmé les résultats annoncés précédemment par Stern.

A ce propos, les deux auteurs rappellent qu'une série de travaux ont fourni la preuve que de la matière colorante biliaire se forme aux dépens de la matière colorante du sang, aussi bien dans le sang tiré des vaisseaux que dans le foie. Or, dans certains empoisonnements tels que ceux par la toluyléne-diamine, par l'hydrogène arsénié, il se développe un ictère qui coïncide avec une destruction plus active des globules rouges. Les travaux de Stadelmann et d'Afanasseiw ont fourni la preuve qu'il ne s'agit point là d'un ictère hépatogène dans le sens attribué à ce mot; de la bile est fabriquée en plus grande quantité dans le foie, parce que cette glande reçoit par les vaisseaux une proportion plus considérable de matériaux susceptibles de se transformer en matière colorante biliaire. En même temps la bile devient plus épaisse et voilà pourquoi cette polycholie se complique facilement d'une résorption biliaire. Cette forme d'ictère qualifié par Afanasseiw d'hématohépatogène, par Quincke de polycholique est donc un véritable ictère par résorption. Des expériences faites par Minskowski et Naunyn sur des oies auxquelles on a extirpé le foie après leur avoir fait respirer de l'hydrogène arsénié, ont donné des résultats propres à faire admettre que la polycholie consécutive à l'empoisonnement par ce gaz à son origine dans le foie et dans les vaisseaux en général. Chez les animaux pourvus de leur glande hépatique, cette polycholie marche de pair avec l'apparition dans le foie d'un grand nombre de cellules retenant dans leur masse des globules rouges, et avec une transformation de l'hémoglobine de ces globules en matière colorante biliaire.

Enfin des expériences faites sur des chiens et des lapins soumis, les premiers à des inhalations de toluylène-diamine, les seconds à des inhalations d'hydrogène arsenié ont donné des résultats concordants avec ceux qu'avait annoncés Afanasseiw. E. RICKLIN.

Ueber die Veraenderungen der Gallenabsonderung während des Fiebers (Sur les modifications de la sécrétion biliaire pendant l'état de fièvre), par **PISENTI** (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XXI, Heft* 4, *p.* 219, 1886).

Il résulte des recherches expérimentales faites par Pisenti sur des chiens que :

1° La sécrétion biliaire subit une diminution constante dans la fièvre, que celle-ci soit d'origine septique ou simplement consécutive à une rétention de chaleur;

2° La diminution varie de 1/3 à 1/2 de la quantité absolue de bile sécrétée dans les trois circonstances normales;

3° Des variations quantitatives de la partie aqueuse ont été observées dans toutes les expériences; la diminution était en raison directe de la durée du processus fébrile et de l'élévation de la température interne;

4° Par contre, les variations subies par la sécrétion des principes solides de la bile sont influencées par la nature du processus fébrile; probablement cette influence dépend de l'état de la pression intra-artérielle, de la vitesse du cours du sang dans le système de la veine porte,

et aussi de l'action exercée par le virus septique sur l'activité métabolique des cellules du foie;

5° Dans les cas de fièvre septique, la quantité des principes solides est diminuée ;

6° Dans les cas d'hyperthermie consécutive à une rétention de calorique, la quantité des principes solides éliminés avec la bile augmente en raison directe de l'élévation de la température et des modifications circulatoires qui se passent dans le système de la veine porte;

7° Pendant l'état de fièvre, la bile qui s'écoule par une fistule renferme une plus grande quantité de mucus qu'à l'état normal; la proportion de mucus est plus grande dans les cas de fièvre septique, que dans les cas de fièvre par rétention de chaleur ;

8° Dans la fièvre en général, les matières colorantes biliaires subissent des modifications dans leur constitution chimique, en raison desquelles la bile prend une teinte plus foncée, presque noirâtre, quelquefois d'un vert foncé ;

9° La sécrétion biliaire met plus de temps à se régulariser à la suite d'un accès de fièvre septique que lorsque l'état fébrile était la conséquence d'une simple rétention de chaleur ;

10° Toutes les modifications mentionnées ci-dessus sont d'ordre purement fonctionnel, ainsi qu'il résulte des examens histologiques pratiqués sur des coupes de foie provenant des animaux en expérience, examens qui ont établi l'absence de toute altération organique. E. RICKLIN.

Sur la résistance du virus morveux à l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur, par CADÉAC et MALET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 9 *août* 1886).

Le virus morveux perd sa virulence dans les humeurs exposées à l'air libre après complète dessiccation ; il est rapidement détruit par un temps chaud et sec, lentement dans les temps froids et humides. La différence entre les effets de la dessiccation brusque et ceux de la dessiccation lente, résultent de ce que le facteur important dans ce mode de destruction du virus n'est pas la suppression de l'eau, mais bien l'action de l'oxygène de l'air. Ce virus conserve longtemps son activité dans une atmosphère saturée d'humidité et dans les humeurs étendues d'eau. La simple projection d'eau bouillante sur le jetage morveux ne détruit pas sa virulence, qui disparaît par l'immersion pendant deux minutes dans l'eau en ébullition. M. D.

Bacteriologische Untersuchungen des Bruchwassers eingeklemmter Hernien (Recherches bactériologiques sur la sérosité contenue dans le sac des hernies étranglées), par GARRÉ (*Fortschritte der Medicin*, n° 15, 1886).

Garré a examiné la sérosité du sac herniaire dans huit cas de hernie étranglée, pensant y trouver là peut-être les microbes décrits par Nepveu; ses recherches ont été négatives et non seulement l'examen de la sérosité, mais les cultures lui ont montré une absence constante de micro-organismes, même dans les cas où la hernie était depuis plusieurs jours étranglée. Il faut noter qu'en aucun cas il n'y avait gangrène des parois intestinales. Dans un seul cas, il constata au moyen de cultures l'existence de micro-organismes assez semblables morphologiquement au

staphylococcus pyogenes, mais un peu plus volumineox que lui; dans ce cas particulier, l'étranglement ne datait que de 8 heures, tandis que dans plusieurs autres circonstances, où l'étranglement remontait à 8 jours, l'examen bactériologique avait été absolument négatif. Garré en conclut que, le plus habituellement, il n'y a pas de micro-organismes contenus dans le sac herniaire, tant que les parois de l'intestin ne sont pas lésées. Dans le cas où il avait trouvé des micro-organismes, ceux-ci n'étaient point pathogènes, ainsi que le montrèrent plusieurs essais d'inoculation sur des animaux. Au point de vue pratique, il faut donc se garder d'une désinfection trop exagérée, pouvant, surtout avec le sublimé, produire certains accidents, puisque les germes infectieux ne peuvent pénétrer que par les instruments ou les mains insuffisamment désinfectées (Voy. *R. S. M.*, XXV, 85). W. OETTINGER.

Sur la physiologie pathologique des capsules surrénales, par Guido TIZZONI (*Compt. rend. Acad. des sciences, 2 novembre* 1886).

Les lapins opérés par extirpation des capsules surrénales présentent des troubles nerveux d'origine cérébro-bulbaire, tels que tremblement avec propulsion en avant, mydriase, accélération de la respiration, rougeur de la muqueuse buccale, refroidissement, accès convulsifs en opisthotonos avec secousses violentes précédant la mort. Les lésions consistent en foyers hémorragiques, qui correspondent à la distribution de la pie-mère, et en infiltration et ramollissement aigu. Ces altérations ont une marche descendante, et n'arrivent pas jusqu'à la moitié inférieure de la moelle. Elles auraient leur origine dans les vaisseaux sanguins, lesquels, dans les cas aigus, se rompent et donnent lieu aux foyers hémorragiques, ce qui correspond bien en effet aux lésions observées dans la peau par Nothnagel, lésions intéressant primitivement les vaisseaux du derme. La régénération surrénale a son point de départ dans le grand sympathique.

M. DUVAL.

Ueber den Senftleben'schen Versuch u. s. w. (Sur l'expérience de Senftleben concernant la formation du tissu conjonctif dans une anse vasculaire morte comprise entre deux ligatures), par Fr. BURDACH (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band C, Heft 2, p.* 217).

Senftleben, ayant pris sur un animal mort des fragments d'artères liées à leurs extrémités, les abandonnait dans le péritoine d'un animal vivant. Il constatait que, au bout d'un certain temps, le caillot contenu dans le vaisseau présentait des cellules migratrices et du tissu conjonctif en voie de formation. Il attribuait par conséquent l'organisation des thrombus à leur infiltration par les leucocytes qui se transformeraient ultérieurement en tissu conjonctif. Cette opinion était opposée à celle de Baumgarten qui attribue l'organisation du caillot à sa pénétration par des bourgeons endothéliaux (endartérite végétante). L'auteur reprend les recherches de Senftleben et n'obtient, sur une vingtaine d'expériences, qu'une seule fois la pénétration du caillot par les cellules migratrices. En étudiant ce cas avec soin, il constate qu'une des ligatures appliquées à l'extrémité d'un vaisseau était mal serrée, et c'est par cette extrémité mal fermée que les leucocytes auraient pénétré. D'ailleurs la pénétration des cellules migratrices n'avait pas donné naissance à du tissu conjonctif.

Dans toutes ses autres expériences, les cellules migratrices traversaient la tunique externe, arrivaient dans les couches externes de la tunique moyenne, mais jamais il n'en a rencontré dans les 2/3 internes de cette tunique ni dans l'endothélium. Le caillot ne contenait ni cellules migratrices, ni tissu conjonctif. Il pense que, dans ses expériences, Senftleben devait produire des déchirures de la tunique moyenne, déchirures laissant passer les leucocytes; en tout cas il ne croit pas que les globules blancs puissent se transformer en tissu conjonctif. P. GALLOIS.

Zur Histogenese der Knochenregeneration (Histogenèse de la régénération des os), par A. BONOME (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band C, Heft* 2, *p.* 293).

Pour étudier le mécanisme histologique de la régénération des os, l'auteur fait des transplantations de périoste dans les interstices musculaires, dans la chambre antérieure de l'œil, sur de la gélatine nutritive, il étudie d'autre part les lésions purement irritatives du périoste. Par comparaison, il essaye des transplantations d'os dépourvu de périoste et dépourvu d'éléments médullaires. Il étudie ensuite la formation du cal. Des divers phénomènes qu'il a observés et qu'il représente dans trois planches annexées à son travail, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Le périoste implanté dans les intervalles musculaires prend rapidement des propriétés régénératrices énergiques consistant dans la prolifération des cellules de la couche ostéogène, et la formation d'îlots cartilagineux. Ces modifications aboutissent à la formation de la substance ostéoïde et des espaces médullaires primitifs.

2° Transformation directe possible des cellules ostéogènes en ostéoblastes sans passer par l'état de chondroblastes.

3° Le développement d'un os hétérotopique suit les mêmes lois que le développement d'un os normal.

4° A la formation de la substance fondamentale ostéoïde prennent part non seulement les ostéoblastes, mais aussi les cellules cartilagineuses qui se mettent en relation avec les espaces médullaires primitifs.

5° Les espaces médullaires primitifs se forment par la disparition des cellules cartilagineuses, dont les capsules s'ouvrent et dont le protoplasma s'unit à la substance fondamentale. Les granulations médullaires qui remplissent ces espaces proviennent en partie des cellules cartilagineuses vieilles et en partie des ostéoblastes.

6° La puissance régénératrice du périoste s'accroît dans les tissus hétérologues tels que la chambre antérieure de l'œil et l'iris, mais non dans la gélatine nutritive.

7° De faibles irritations suffisent pour provoquer une prolifération énergique dans la couche ostéogène.

8° Si l'on transplante un os absolument dépourvu de périoste, il ne se produit pas de régénération. La plus grande partie de la substance osseuse se nécrose, il ne subsiste que les points qui ont pu se mettre en relation avec le tissu conjonctif voisin par le développement rapide d'un système de vaisseaux. Dans ces points, la substance fondamentale des couches osseuses les plus superficielles subit une évolution régressive, les ostéoplastes redeviennent ostéoblastes, à leurs dépens se forment par la suite de nouvelles travées osseuses.

9° Il peut donc se faire de la régénération osseuse aux dépens de la

substance fondamentale dépourvue de périoste et de moelle, mais cette faculté semble surtout due aux ostéoplastes, cependant il est vraisemblable que, par sa raréfaction, la substance fondamentale fournit les éléments dont s'accroît la substance protoplasmatique.

10° Les transplantations de moelle sont négatives. Quand on transplante un os dépourvu de moelle, on constate une résorption au niveau de la surface médullaire, une néoformation du côté du périoste. Cependant, même dans les zones de néoformation, on constate de petites zones de résorption. Les jeunes travées ostéoïdes avoisinant ces petites zones de résorption se transforment en substance chondroïde.

11° Le processus de résorption est préparé par des altérations chimiques de la substance osseuse fondamentale. Les cellules géantes absorbent les produits de décomposition des cellules osseuses et des vaisseaux. Elles se forment aux dépens de la substance fondamentale et des ostéoplastes.

12° La réaction inflammatoire qui suit la rupture d'un os ne joue aucun rôle actif dans le processus régénérateur. Les produits inflammatoires subissent des métamorphoses régressives.

13° Presque tous les ostéoplastes au voisinage du siège de la fracture se nécrosent, leurs noyaux ne prennent plus les matières colorantes. Ces zones nécrosées sont réparées par la néoformation qui se fait aux dépens des ostéoblastes nombreux mis en liberté à la surface de l'os à la suite de la raréfaction de la substance fondamentale.

14° Du côté du périoste, le processus régénérateur débute au bout de 36 heures, favorisé par la prolifération des cellules de la couche ostéogène dans laquelle se montre la différenciation de la substance fondamentale en travées ostéoïdes. Une semblable différenciation se montre aussi sur la surface médullaire de l'os au milieu des nombreux ostéoblastes qui proviennent, pour la plus grande partie, des ostéoplastes des lamelles les plus internes, et en proportion moindre des médulocelles.

P. GALLOIS.

Ricerche sullo sviluppo e struttura minuta dell ossa eteropiche obtenute con il trapianto del periostico (Recherches sur le développement et la structure intime des os hétérotopiques obtenus par la greffe du périoste) par MARTINI (*Giornale della R. Accademia di medicina, Turin*, nos 7-8, 1886).

La formation du tissu osseux à la suite de la transplantation des fragments de périoste dans les organes très vasculaires, la crête des jeunes coqs par exemple, se fait aux dépens d'amas cartilagineux qui tirent leur origine des éléments de la couche germinale du périoste et qui se transforment peu à peu et *directement* (ossification métaplastique de Strelzoff) en tissu osseux. C'est en cela que le développement de l'os hétérotopique diffère du développement de l'os normal. Dans quelques cas, on peut saisir la transformation directe des éléments cartilagineux en ostéoblastes. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que les cellules de la couche ostéogène du périoste deviennent directement des ostéoblastes et cela contrairement à l'opinion de Gegenbaur.

Quant aux espaces vasculaires et médullo-sanguins, ils s'établissent par destruction successive des capsules cartilagineuses, les vaisseaux du

tissu étranger entrant en rapport avec ceux de l'os nouveau. Enfin l'auteur n'a jamais pu observer la présence de fibres de Sharpey. A. NICOLAS.

De l'organisation des drains de caoutchouc dans la suture tubulaire des nerfs, par VANLAIR (*Rev. de chir.*, 10 *août* 1886).

Dans ses expériences sur la régénération des nerfs l'auteur a constaté sur un animal, au bout de sept mois et demi, une revivification intégrale du tibial postérieur, et une restauration incomplète du tibial antérieur et du musculo-cutané, obtenues par une suture tubulaire, faite avec un tube de caoutchouc, dont les parois présentaient une organisation complète. Le tube employé fut un tube ordinaire de caoutchouc gris vulcanisé, bien aseptisé, d'un diamètre de 4 millimètres 1/2 et mesurant 3 centimètres de longueur : les parois avaient un millimètre 1/2 d'épaisseur.

Les métamorphoses qu'a subies ce caoutchouc ont été les suivantes :

A l'œil nu, les premiers vestiges du drain, en examinant le nerf de haut en bas, apparaissaient au niveau du névrome de régénération sous forme d'une lamelle à peine distincte, très étroite, recouvrant seulement une faible partie de la circonférence du névrome. Plus bas, il formait un manchon complet, d'épaisseur inégale, à surface raboteuse, engainant de toute part le funicule nerveux avec lequel il avait contracté des adhérences intimes ; plus bas encore, la lamelle s'amincissant de plus en plus finissait par devenir indistincte.

Au microscope, on constate que la substance du caoutchouc a acquis une structure compliquée dans laquelle on distingue deux systèmes différents : un parenchyme plus ou moins homogène et des vaisseaux extrêmement nombreux. Le parenchyme est constitué par un stroma, formé de fibrilles conjonctives entrecroisées, et de cellules, irrégulièrement distribuées entre les faisceaux conjonctifs, d'apparence épithélioïde, et par des vaisseaux, richement développés, appartenant au type capillaire, et offrant quelques particularités que Vanlair décrit avec détail.

De cette évolution histologique, l'auteur rapproche d'autres modifications, qu'un examen d'ensemble lui a révélées; et il en déduit qu'à l'instar des produits d'origine animale, la substance de ce tube de caoutchouc a subi une véritable organisation, aucun des attributs, que l'on regarde comme caractéristiques des formations vivantes, ne faisant défaut. OZENNE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Zur Frage der fœtalen Nierensecretion im der Fruchtwasserbildung (**Contribution à l'étude de la sécrétion rénale chez le fœtus et de la formation du liquide amniotique**), **par G. KRUKENBERG** (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXVI, Heft* 2).

Les nouvelles expériences entreprises par Krukenberg ont pour but de rechercher par quelle voie les substances médicamenteuses administrées à la mère passent dans le liquide amniotique. Le résultat de ces

expériences au nombre de 19 (11 sur les cochons d'Inde, 5 sur les chattes et les chiennes, 3 sur l'espèce humaine) semblent montrer que c'est bien par l'intermédiaire des membranes fœtales que le médicament pénètre dans le liquide amniotique. Cependant on se trouve en face d'un fait contradictoire observé par l'auteur lui-même sur le cochon d'Inde, savoir la présence du médicament dans l'estomac fœtal, coïncidant avec son absence dans le liquide amniotique. La voie rénale étant exclue, il faut admettre que la substance peut passer aussi du fœtus dans le liquide par l'intermédiaire du placenta ou du cordon.

Quoi qu'il en soit, le fait qui ressort des expériences de l'auteur est que, chez le lapin et le cochon d'Inde, l'iodure de potassium passe dans le liquide amniotique à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, tandis que, chez le chien et le chat, à aucun moment de la grossesse, on ne trouve trace du médicament dans le liquide amniotique. Or la différence qui existe entre ces deux séries animales (lapin et cochon d'Inde d'une part, chiens et chats d'autre part) au point de vue de la structure des membranes fœtales explique bien les résultats obtenus. Les membranes fœtales des chattes et des chiennes renferment de nombreuses couches épithéliales qui manquent plus ou moins chez le lapin et chez le cochon d'Inde. Chez ce dernier, en particulier, l'ectoderme manque complètement; or c'est chez lui que l'iodure apparaît dans le liquide amniotique à une époque plus rapprochée du début de la grossesse. Le passage des médicaments paraît donc en rapport avec la structure des membranes; et bien qu'on ne puisse conclure immédiatement par analogie pour l'espèce humaine, le fait est au moins vraisemblable. (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 435 et XXVI, 171). H. DE BRINON.

Untersuchungen über die biologische und therapeutische Wirkung des Thallins (Recherches sur l'action biologique et thérapeutique de la thalline), par MARAGLIANO (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band X, p.* 463-476).

1° *Action biologique.* — La pression artérielle ne subit sous l'influence de la thalline que des modifications peu considérables tendant d'abord à l'augmenter, puis, après quelques heures, à la diminuer. Le pouls et les mouvements respiratoires deviennent moins fréquents.

La température chez l'homme sain n'est que fort peu diminuée. Une dose de 0 gr,50 de sulfate de thalline ne donne qu'un abaissement de 0°,5 à 0°,8.

Les vaisseaux périphériques se dilatent. Cette dilatation commence dix à quinze minutes après l'administration de la thalline. Elle précède l'abaissement de la température. Elle atteint son maximum au bout d'une heure à une heure et demie. Sa durée est très variable et peut aller jusqu'à deux heures et demie.

A dose égale, cette dilatation est plus considérable chez les fébricitants que chez les individus sains.

Les échanges nutritifs sont ralentis avec une dose de deux grammes, la diminution de l'urée peut atteindre 10 grammes en vingt-quatre heures.

Celle de l'acide carbonique expiré varie de 0gr,12 à 0gr,40 par heure et par kilogramme de poids. La capacité respiratoire du sang est modifiée.

La quantité d'oxygène absorbé diminue, mais d'une manière peu considérable et moins marquée qu'avec la kairine.

2° *Action thérapeutique.* — Les dépressions maxima obtenues par l'emploi de la thalline dans la fièvre ont été :

Pour 0gr,10, de 2° (minimum 0°,7); pour 0gr,25, de 3°,1; pour 0gr,50, de 3°,3; pour 0gr,75, de 3°,6; pour 1 gramme, de 4°,7.

La dépression commence au bout d'une heure environ. Si elle doit être de moins d'un degré, elle atteint son maximum au bout de deux heures.

Si elle doit dépasser un degré, elle n'arrive à son maximum qu'après trois et quatre heures.

La durée de la dépression varie suivant la dose. Elle a été en moyenne :

Pour 0gr,10, de 2 à 4 heures; pour 0gr,25, de 2 à 9 heures; pour 0gr,50, de 2 à 10 heures.

3° *Conclusions thérapeutiques.* — La thalline est le plus puissant des antipyrétiques. Au point de vue de l'abaissement produit, sinon au point de vue de sa durée, elle est trois ou quatre fois plus active que l'antipyrine.

On peut maintenir un typhique dans une apyrexie absolue. Plusieurs malades ont pris sans accident plus de deux grammes du médicament en vingt-quatre heures. Comme résultat pratique, l'emploi de la thalline est cependant inférieur à celui des bains froids, mais dans quelques cas on associera utilement les deux moyens.

La fièvre des tuberculeux est celle qui cède le mieux; la fièvre de la pneumonie est, avec la fièvre intermittente, celle qui résiste le plus.

M. DEBOVE.

La thalline. Ses propriétés, son action, par ÉLOY (*Union médicale*, 5 *septembre* 1886).

Les sels de thalline provoquent constamment un abaissement de température; des injections sous-cutanées pratiquées chez des cobayes ont amené des chutes de la température rectale de 39°,5 à 36°, 32°, 31°, déterminant un véritable collapsus avec algidité; quand les doses sont physiologiques, le minimum de température persiste près d'une heure, et la température ne revient à la normale qu'au bout de 4 à 6 heures; chez l'homme, l'abaissement thermique dure 2 à 3 heures, persiste à son minimum de 2 à 6 heures; la température remonte en 2 à 3, avec frissons et souvent courbature, vertiges, vomissements; chez les cobayes, la thalline ralentit la fréquence des mouvements respiratoires, augmente l'activité cardiaque et altère les qualités du sang en diminuant la quantité de l'oxyhémoglobine; elle ralentit les échanges interstitiels et détermine des sueurs profuses.

Employée dans le cours de la fièvre typhoïde à dose variant de 10 centigrammes à 1 gramme, la thalline a amené de l'hypothermie mais en fatiguant le malade et sans enrayer le processus typhoïdique; chez les tuberculeux, elle ne fait qu'augmenter les sueurs; de même chez les rhumatisants. En présence de ces inconvénients cliniques, Éloy préfère de beaucoup l'antipyrine à la thalline; la puissance antithermique de cette dernière étant plus que contre-balancée par les inconvénients des altéra-

tions qualitatives du sang, des troubles circulatoires et respiratoires et du ralentissement des échanges. H. L.

I. — De l'antifébrine, nouvel antiseptique, par CAHN et HEPP (*Cent. f. klin Med.*, n° 23, 14 *août* 1886).

II. — Sur l'acétanilide, par R. LÉPINE (*Lyon méd.*, 31 *octobre*, *et Semaine méd.*, 24 *nov.* 1886).

III. — Sur l'état du sang dans l'intoxication par l'acétanilide, par R. LÉPINE et P. AUBERT (*Lyon méd.*, 17 *novembre* 1886).

IV. — Note sur l'emploi de l'acétanilide dans le traitement de la fièvre typhoïde, par MOUISSET (*Ibidem*, 7 *novembre* 1886).

V. — Sur l'antifébrine, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. de thérap.*, 20 *octobre* 1886).

I. — Cahn et Hepp désignent sous le nom d'antifébrine l'acétanilide qui se présente sous la forme d'un corps blanc cristallin, sans odeur, insoluble dans l'eau froide, peu soluble dans l'eau chaude, très soluble dans l'alcool.

De nombreuses expériences chez les animaux (chiens, cobayes) leur ayant montré que cette substance pouvait être ingérée à très hautes doses sans action toxique, Cahn et Hepp l'essayèrent comme antipyrétique dans 8 cas de fièvre typhoïde, 5 cas d'érysipèle, 2 de rhumatisme, chez 4 phtisiques et dans diverses autres maladies. La dose variait de 20 à 75 centigrammes à la fois, sans dépasser $1^{gr},60$ dans les 24 heures. Sous l'influence de ces doses, on voit survenir une diminution del a fréquence du pouls, une augmentation de la tension artérielle et une chute de la température variable de 1 à 3 degrés, chute qui s'accompagne d'un peu de rougeur de la peau et d'une transpiration modérée. On n'observe pas de frissons comme après l'administration de l'antipyrine. L'action de l'antifébrine s'est traduite enfin, dans un cas, par une diurèse abondante. Cahn et Hepp signalent un symptôme particulier à la période d'apyrexie, c'est une cyanose légère de la face et des extrémités.

L'effet, chez les malades, a toujours été rapide, sans malaise, nausées ni diarrhée; l'antifébrine est quatre fois plus active que l'antipyrine.

II. — Lépine a fait, avant d'employer l'acétanilide chez l'homme, quelques expériences sur les animaux. Injectée chez le cobaye, sous la peau, en solution aqueuse concentrée chaude, à la dose de 30 centigrammes par kilogramme de poids, l'acétanilide détermine un notable abaissement de la température centrale et périphérique, un peu de ralentissement du cœur, un état d'inertie qui dure plusieurs heures; à dose double, elle cause la mort au bout de quelques heures.

La même dose injectée dans les veines d'un chien amène du refroidissement et le sang prend une couleur brun violacé.

Chez la grenouille, à dose très forte, l'acétanilide ralentit le cœur. On observe chez le chien et le cobaye une diminution de la sécrétion urinaire.

III. — Dans l'intoxication par l'acétanilide, le sang artériel a une couleur brunâtre; au spectroscope, on trouve la bande d'absorption caractéristique de la méthémoglobine; le volume d'oxygène du sang est diminué de

moitié. Les globules rouges ont leur forme normale, et leur nombre n'est pas changé.

IV. — L'acétanilide a été employée chez sept typhiques, à la dose de 0.50 répétée trois ou quatre fois dans la journée, sans dépasser 2 grammes. Au bout de quelques jours, il y a une accoutumance, et le médicament semble moins actif. L'effet se produit après une demi-heure, une heure; diminution de la température, transpiration abondante, pas de collapsus ni de dépression dans la période apyrétique produite par l'antifébrine. Chez plusieurs malades, il y a eu cyanose et diminution de la sécrétion urinaire.

V. — Dujardin-Beaumetz regarde l'antifébrine comme un antithermique sanguin, c'est-à-dire agissant en altérant la composition des globules du sang. A la dose de 50 centigrammes, la chute de la température est très remarquable, de 3 à 4°, mais les effets sont inconstants. De plus, c'est une substance toxique à dose élevée ; 1gr,50 donné à un lapin de 1,500 grammes amène la mort. A. CARTAZ.

De l'action thérapeutique de l'uréthane, par N. VAKULOVSKY (*Russkaia med.*, 20 *fév.* 1886).

Vakulovsky proteste contre l'emploi de ce nouvel hypnotique. Dans quatre cas où il l'a administré, délire alcoolique, cancer de l'estomac, rhumatisme,insomnie, les malades ont éprouvé de sérieux malaises ; un d'eux, une femme, a eu des nausées, de la céphalée, une diminution notable du pouls. Pas le moindre effet hypnotique. A. C.

Sull'azione fisiologica del metilal e sul suo potere ipnotico, par PERSONALI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, p.* 293, 1886).

Le méthylal ou éther méthylène-diméthylique est un corps très voisin de l'aldéhyde méthylique et beaucoup plus stable. Il se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, très réfringent, à odeur éthérée plutôt agréable, à saveur fraîche. Il bout à 42° et il est très volatil. Ses vapeurs ne sont pas combustibles ; il est soluble dans l'eau et, mêlé avec celle-ci, très facile à introduire dans l'organisme, soit par voie stomacale, soit par voie hypodermique. De ses expériences sur divers animaux, l'auteur conclut que le méthylal est un hypnotique puissant, très bien supporté, mais dont l'action se prolonge peu en raison de la facilité avec laquelle il est éliminé.

En fait, une dose de 1gr,50 *par kilogramme* de chien, administrée hypodermiquement, n'a produit qu'un sommeil très léger durant un quart d'heure ou une demi-heure, ce qui n'indique pas une très grande efficacité du médicament en question. H. B.

I. — Ueber Piper methysticum (kawa-kawa), par L. LEWIN (*Berlin. klin. Woch., n°* 1, *p.* 7, *et n°* 8, *p.* 129, 4 *janvier et* 22 *février* 1886).

II. — Du kawa et de son emploi dans la blennorragie et dans les affections aiguës des voies urinaires, par SANNÉ (*Bulletin de thérapeutique*, 15 *mars* 1886).

I. — Le kawa contient 49 0/0 d'amidon, des sels, une substance cristalline non azotée, dite kawahine, un autre corps cristallin non azoté découvert par Nölting et Kopp en 1874, et que Lewin appelle yangonine.

Lewin s'est assuré que ces deux substances sont inertes. Mais la racine de kawa renferme, en outre, 2 0/0 d'une matière résineuse qui est la véritable substance active, et qu'on obtient en extrayant par l'alcool. Grâce à un traitement par l'éther de pétrole, Lewin a réussi à séparer en deux cette matière résineuse, obtenant ainsi deux résines qu'il distingue en les appelant α et β ; la résine α est beaucoup plus active que l'autre, léwinine de Randolph. (*R. S. M.*, XXVIII, 51.)

Les expériences que Lewin a instituées lui ont donné les résultats suivants : à des grenouilles, il a administré, par la bouche ou par la peau, de la résine α, ou bien il les a plongées peu de temps dans une macération de kawa. La tête de ces animaux s'affaisse, leurs membres deviennent inertes et flasques ; au bout d'un certain temps, les grenouilles ne réagissent plus aux excitants mécaniques, thermiques et chimiques les plus énergiques ; mais l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs moteurs reste longtemps conservée. Enfin, la persistance de la vie n'est plus révélée que par l'action un peu lente du cœur, et par les mouvements de l'œil lorsqu'on le touche. Les effets sont les mêmes quand la grenouille est décapitée et que le membre est exclu de la circulation. Il s'agit ici d'une paralysie centrale, s'étendant d'abord aux ganglions moteurs des cornes antérieures, de substance grise ; puis aux éléments conducteurs des impressions douloureuses dans les cornes postérieures ; enfin, en tout dernier lieu, aux ganglions cérébraux.

Les oiseaux, cochons d'Inde, lapins, chats, offrent un ensemble de symptômes ressemblant à ce qu'on observe chez l'homme. D'abord, ils perdent la faculté de se mouvoir ; parfois, ils sont complètement inertes et immobiles comme dans un profond sommeil. Leur température est abaissée ; leur respiration et leur pouls sont diminués de fréquence. A la fin, ils deviennent absolument insensibles aux excitations.

Les solutions alcooliques agissent beaucoup plus rapidement. A l'autopsie des animaux, au lieu d'une inflammation de la muqueuse gastrique, on trouve une ischémie très prononcée.

Sans être en état de spécifier les indications thérapeutiques du kawa, Lewin fait ressortir ses propriétés de produire l'anesthésie locale, de diminuer l'excitabilité des ganglions spinaux, de procurer un repos intellectuel. (*R. S. M.*, VII, 657 ; XII, 508, et XXI, 100.) J. B.

II. — Sanné a employé le kawa dans la cystite ; on constate la prompte cessation des accès spasmodiques, de la dysurie. Même effet dans la blennorragie ; disparition rapide de tous les phénomènes morbides. Il est à noter que l'amélioration coïncide avec l'apparition de la diurèse. Ceci tendrait à prouver que le médicament s'élimine par l'urine, et qu'il agit sur la muqueuse par son contact avec elle.

Le kawa a l'avantage sur les balsamiques de pouvoir être employé dans la période aiguë, d'être bien toléré par l'estomac et de ne pas produire de dermatose.

L'auteur prescrit 8 à 10 pilules par jour (chacune de 10 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique). LESAGE.

L'écorce du quebracho blanco et ses principes actifs, par ÉLOY et HUCHARD (*Archives de physiologie*, 1er *avril* 1886).

Les principes actifs du quebracho modifient peu la sensibilité géné-

rale des mammifères. La quebrachine, l'hypoquebrachine, l'aspidospermine et l'aspidospermatine pures n'altèrent pas cette fonction; mais les produits résiduaires de leur extraction paraissent la diminuer.

Dans quelques expériences, on constate l'augmentation de l'excitabilité galvanique du nerf phrénique après l'administration de l'aspidospermine et de la quebrachine.

La motilité est diversement affectée. A doses élevées, l'aspidospermine provoque des convulsions; à doses faibles, des tremblements; à doses massives, la paralysie rapide. La quebrachine produit plus rapidement et plus manifestement la paralysie musculaire. L'hypoquebrachine et l'aspidospermatine ont une action analogue. Les produits résiduaires provoquent la paralysie complète et rapide.

La circulation n'est pas modifiée par les produits résiduaires, par l'hypoquebrachine et la quebrachine; elle est ralentie sous l'influence de l'aspidospermine et accélérée par l'aspidospermatine.

La respiration n'est pas modifiée par la quebrachine, l'aspidospermatine et les produits résiduaires; elle est faiblement modifiée par l'hypoquebrachine. L'aspidospermatine est l'agent modificateur des mouvements respiratoires, le plus actif entre tous les principes du quebracho.

La température est élevée par les produits résiduaires; elle est abaissée par l'aspidospermine, l'aspidospermatine, l'hypoquebrachine et surtout la quebrachine.

Sous l'influence des produits résiduaires, le sang veineux se montre noir. Sous l'influence de la quebrachine, de l'hypoquebrachine, de l'aspidospermatine, il devient rose et présente une diminution quantitative de l'hémoglobine.

Les divers principes actifs du quebracho provoquent l'hypersécrétion du rein, des glandes intestinales et des glandes salivaires.

Les principes du quebracho les plus toxiques sont les produits résiduaires; viennent ensuite la quebrachine, l'hypoquebrachine, l'aspidospermatine, et au dernier rang l'aspidospermine. La mort survient soit dans l'asphyxie par paralysie des muscles respiratoires, soit plus lentement par arrêt des échanges. A. GILBERT.

Das Iodol, ein neues Antisepticum, par Georg Benno SCHMIDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 4, *p.* 49, 25 *janvier* 1886).

L'iodol, ou tétraiodopyrol des chimistes, est une poudre brune presque inodore. Les premiers travaux sur son emploi en thérapeutique sont dus à Vulpius, Wolff (*R. S. M.*, XXVII, 57) et Mazzoni.

Très peu soluble dans l'eau (1/5000), l'iodol est soluble dans le triple de son volume d'alcool, dans l'éther à parties égales et dans l'huile chauffée à 15 degrés.

Voici le résultat des expériences faites à la clinique de Kœnigsberg sur des plaies en voie de suppuration, des ulcères et des fistules :

1° L'iodol, appliqué sous forme de poudre, ne produit pas comme l'iodoforme une croûte sur les sécrétions de la plaie, qui sont inodores mais non diminuées.

Le bourgeonnement charnu n'est pas aussi vif que sous l'iodoforme, et les surfaces ulcérées ou mortifiées se détergent très bien.

2° Tampons d'une solution de 1 partie d'iodol dans 16 d'alcool et 34

de glycérine, employés avec profit comme désodorants dans le cancer du rectum et la métrite purulente; sous forme d'injection dans les abcès et fistules, l'iodol les fait fermer assez rapidement.

3° Gaze à l'iodol pour les plaies cavitaires.

Schmidt n'a encore vu aucun accident d'intoxication, il n'a pas retrouvé l'iodol dans l'urine des malades. Ces deux circonstances peuvent s'expliquer parce que l'iodol a été presque exclusivement employé sur des surfaces bourgeonnantes et non sur des plaies récentes.

En résumé, l'iodol n'est pas encore l'idéal d'un antiseptique, vu sa faible solubilité. Mais son action douce, la désodorisation des sécrétions, l'absence de formation de croûtes et son manque presque complet d'odeur constituent de réels avantages. J. B.

Étude sur l'iodol, par G. FERRAND (*Thèse de Montp.* 1886, *et Gaz. hebd. de Montpellier, n°* 38, 1886).

L'auteur a cherché, par ses expériences, à établir un parallèle entre l'action de l'iodol et celle de l'iodoforme. L'expérience a porté sur des lapins ; l'iodol a été employé en nature, en solution dans l'huile d'amandes douces. L'iodol a pu être absorbé jusqu'à 1gr,444 pour chaque kilogramme du poids d'animal sans qu'il se produisît d'accidents d'empoisonnement. Son action antifermentescible, expérimentée sur la levure de bière, est plus marquée que celle de l'iodoforme. Enfin, soit sous forme de pommade (1 gramme pour 20 grammes de vaseline), soit sous forme de poudre (1 gramme, mélangé avec sucre 5 grammes), l'iodol peut être utilement employé en clinique comme cicatrisant des plaies (chancre, etc.). Il a, comme l'iodoforme, des propriétés remarquables à ce point de vue et a le double avantage d'être moins toxique et moins odorant. A. MOSSÉ.

Versuche mit Iodol (Expériences avec l'iodol), par MARCUS (*Berliner klinische Wochens., n°* 21, *p.* 342, 24 *mai* 1886).

Marcus a expérimenté l'iodol sur des lapins et des chiens à qui il l'administrait par les voies les plus diverses. La dose mortelle chez le lapin, rapportée à 1 kilogramme du corps, est de 1,097-1,666 pour l'iodol, et de 0,835-1,013 pour l'iodoforme; la différence tient à ce que l'iodoforme contient 7.8 0/0 de plus d'iode que l'iodol.

L'iodol ne provoque pas de narcotisme. Il détermine dans les viscères des lésions semblables à celles de l'iodoforme, notamment la dégénération graisseuse du foie.

Les symptômes d'empoisonnement sont également les mêmes : diminution de la température et paralysies généralisées. L'albuminurie compte au nombre des phénomènes d'intoxication produits par l'iodol, tandis qu'elle n'a pas été signalée dans l'empoisonnement par l'iodoforme. L'élimination de l'iode par les urines s'est prolongée au maximum 5 semaines. En résumé, ces expériences permettent de penser qu'on possède dans l'iodol un agent médicamenteux supérieur à l'iodoforme, en ce qu'il est inodore et moins toxique. J. B.

I. — Sur la piliganine, alcaloïde d'une lycopodiacée originaire du Brésil, par ADRIAN (*C. R. Acad. des Sciences, juin* 1886).

II. — Étude sur le piligan, par CAPDEVILLE (*Thèse de Paris*, n° 277, 1886, *et Bull. de thérap.*, 30 *août* 1886).

I.— Le piligan est un lycopode se rapprochant du L. selaho, probablement la variété connue sous le nom de L. Saussurus. Adrian en a extrait un alcaloïde soluble dans l'eau, l'alcool, le chloroforme, peu soluble dans l'éther, la piliganine; il se présente sous forme d'une masse molle, jaune et transparente, dont l'odeur vireuse rappelle celle de la pelletiérine. A. C.

II. — Capdeville a fait une étude complète du piligan, dont le principe actif est la piliganine. Cet alcaloïde très toxique tue, à la dose de $0^{gr},10$, les lapins et les chiens en une heure. Les phénomènes les plus importants sont : le ralentissement et l'affaiblissement du cœur et des mouvements respiratoires. L'excitabilité réflexe semble très exagérée, et cela jusqu'à la mort, qui a lieu par arrêt du cœur. L'auteur considère l'action vomitive comme accessoire et inconstante : il recommande jusqu'à nouvel ordre de ne pas employer le piligan en thérapeutique.

H. CH.

Sur l'eulyptol, par SCHMELTZ (*Bull. thérapeutique*, 30 *août* 1886).

L'eulyptol est la combinaison chimique des corps suivants :

Acide salicylique	6 parties.
Acide phénique	} *ââ* 1 partie.
Essence d'eucalyptus	}

L'eulyptol est un antiseptique. L'auteur l'a employé pour la désinfection de l'intestin dans la fièvre typhoïde, de la vessie dans les cystites chroniques. Dans le rhumatisme articulaire, il provoque l'abaissement de la température, la disparition de la douleur et du gonflement. La dose moyenne est de 5 à 6 grammes; on peut la porter sans inconvénients à 8 et 10 grammes. L'eulyptol est d'une odeur aromatique assez forte et d'une saveur âcre et brûlante. Il est insolùble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'ammoniaque et les solutions alcalines. A. LESAGE.

The direct action of calcium, sodium, potassium and ammonium salts on the bloodvessels par H.-G. BEYER (*Medical News*, 4 *sept.* 1886).

D'un certain nombre d'expériences, Beyer tire les conclusions suivantes :

1° Les sels de calcium amènent la contraction des vaisseaux par leur action stimulante sur les ganglions vaso-moteurs;

2° Les sels de sodium et d'ammonium excitent d'abord les ganglions des vaso-dilatateurs, puis ceux des vaso-moteurs, d'où résulte une dilatation, puis une contraction des vaisseaux;

3° Les sels de potassium stimulent seulement les ganglions des vaso-dilatateurs et produisent une dilatation vasculaire; l'effet de contraction est si léger qu'on peut, en pratique, n'en pas tenir compte. A. CARTAZ.

Ueber Chloroformtod... (Sur un des mécanismes de la mort due aux inhalations de chloroforme), par KAPPELER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 739, 9 *novembre* 1885).

A l'autopsie d'un individu mort à la suite d'une anesthésie par le chloroforme, Kappeler a constaté dans le cœur, qui n'était pas putréfié, une bulle de la grosseur d'une noix formée par de l'azote. La mort était survenue après inhalation d'une faible quantité de chloroforme, qui avait d'abord provoqué des efforts de vomissements et des troubles de la respiration.

Chez un buveur âgé de 60 ans, qui mourut inopinément, Kappeler a également trouvé dans le cœur une assez grande quantité d'azote gazeux.

Dans le cœur des cadavres frais, quelle qu'ait été la cause de la mort, on ne trouve pas de gaz ou du gaz en très petite quantité. Lorsque les cadavres offrent un commencement de décomposition, on trouve de petites bulles composées surtout d'acide carbonique.

Kappeler émet l'idée que dans les cas de mort par administration de chloroforme, lorsque la quantité de chloroforme employée a été trop faible pour entraîner une paralysie des centres des mouvements cardiaques et respiratoires, on peut expliquer la terminaison fatale par le dégagement d'azote dans le sang et par son accumulation dans le cœur. J. B.

I. — Tyrotoxicon, cheese poison (Tyrotoxicon, ptomaïne du fromage), par V. C. VAUGHAN (*Michigan state Board of health*, 14 *juillet* 1885).

II. — Cases of milk poisoning with remarks on tyrotoxicon (Empoisonnement par le lait, notes sur le tyrotoxicon), par William K. NEWTON et Shippen WALLACE (*Med. News*, 25 *septembre* 1886).

I.— On a signalé à diverses reprises des cas d'intoxication par le fromage survenus en Allemagne et aux États-Unis. Une grande fabrique du nord de l'Ohio, dont les produits étaient fort estimés, perdit sa clientèle à la suite d'accidents amenés par l'ingestion de ses fromages. Vaughan a recherché quel pouvait être l'agent nocif de cet aliment, et il a pu isoler un poison qu'il a nommé tyrotoxicon. Ce poison, qui se présente sous la forme de longues aiguilles cristallines, solubles dans l'eau, l'éther, le chloroforme, l'alcool, est produit par l'action d'une grande quantité d'acide butyrique, développé par une putréfaction légère ou une fermentation excessive, sur la caséine du fromage. Un petit fragment de ces cristaux, déposé sur la langue, détermine une sensation de brûlure et de la constriction de la gorge; un fragment plus gros provoque de la nausée, des vomissements. Le poison est volatil à la température de l'eau bouillante; il a une odeur forte, pénétrante, mais qui est masquée dans le fromage par l'odeur spéciale de ce produit.

II. — Newton et Wallace ont été chargés d'une enquête sur des cas d'empoisonnement multiples survenus dans les hôtels de Long-Branch le 7 août. Un soir, 24 habitants d'un hôtel furent pris, quelques heures après le repas, de signes d'intoxication (nausées, vomissements, crampes, collapsus, peu de diarrhée); dans un autre hôtel, le même soir, 19 personnes éprouvaient des accidents analogues. Toutes se rétablissaient en quelques heures. Une semaine plus tard, 30 personnes, dans un troisième hôtel, étaient empoisonnées simultanément, toujours sans accidents trop graves.

L'enquête, dirigée par Newton et Wallace, permit de constater que les

seules personnes tombées malades avaient bu du lait en plus ou moins grande quantité, et que les phénomènes les plus intenses s'étaient montrés chez celles qui n'avaient pris aucun autre aliment. Le lait était fourni par un seul laitier, il n'était additionné d'aucune substance, les vaches étaient en bonne santé, les étables bien tenues. Le lait du matin, le seul qui ait engendré des accidents, était mis dans les pots, aussitôt trait, et, sans le faire refroidir, on l'expédiait à 8 milles de distance, à une des heures les plus chaudes de la journée, dans le mois d'août. Il faut voir dans ces conditions vicieuses de manutention l'origine de l'intoxication ; le lait, non refroidi, subissait une fermentation exagérée, et il s'était produit dans ces cas la ptomaïne découverte par Vaughan. En analysant, en effet, des échantillons du lait suspect, Newton et Wallace ont pu isoler des cristaux de tyrotoxicon, donnant les réactions indiquées, et en administrant, dans du lait, une petite dose de ce poison à un chat, ils constatèrent tous les signes d'intoxication qui s'étaient produits dans les hôtels de Long-Branch. A. CARTAZ.

Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Vergiftung mit u. s. w. (Altérations de la moelle dans l'empoisonnement par la morphine, l'atropine, le nitrate d'argent et le bromure de potassium), par W. von TSCHISCH (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band C, Heft* 1, *p.* 147).

L'auteur expérimente sur des chiens; il leur fait prendre soit des doses uniques, mais massives, les tuant presque immédiatement, soit des doses plus faibles, mais plus nombreuses, les tuant au bout d'un temps plus ou moins long.

Morphine. — Cellules ganglionnaires : très altérées, trois types, tuméfaction trouble, vacuolisation, dégénération finement granuleuse. — Substance grise de la moelle : tuméfaction trouble dans l'empoisonnement aigu, raréfaction du protoplasma dans l'empoisonnement chronique. A la longue, disparition du noyau et des prolongements. Les lésions en cas d'empoisonnement aigu sont bien moins nettes. — Vaisseaux : hyperémie très marquée, augmentation de nombre et de volume des noyaux, globules rouges et blancs infiltrés dans l'espace sous-adventitiel. Au voisinage des vaisseaux dans la substance grise seulement amas de globules rouges et surtout « petites masses homogènes d'un exsudat plasmatique », dont la pression a provoqué peut être l'altération des éléments nerveux voisins.

Atropine. — Altérations très analogues des noyaux, moins marquées pour les cellules, mais surtout bien moins prononcées sur les vaisseaux.

Nitrate d'argent. — Hypérémie très marquée des méninges crâniennes et médullaires. Vacuolisation des cellules nerveuses, peu de tuméfaction trouble, altération très accentuée des noyaux, qui disparaissent fréquemment. Les lésions vasculaires sont encore plus marquées que pour la morphine. Lésions des tubes nerveux.

Bromure de potassium. — Lésions rappelant celles de la morphine et du nitrate d'argent.

Après l'exposé de ces lésions, l'auteur cherche à expliquer leur physiologie pathologique. Il pense que le poison circulant dans les vaisseaux commence par les altérer, puis l'exsudation se produit et à la suite la destruction du tissu voisin par le fait de cet exsudat, auquel l'auteur attache une certaine importance et qu'il a déjà signalé dans sa thèse sur les lésions médullaires de la paralysie générale (en russe, Saint-Pétersbourg, 1883). Il insiste, en outre, sur la lésion des cellules qu'il a

dénommée « raréfaction » et qui est le dernier terme de la dégénération des cellules nerveuses. En résumé, les lésions qu'il a rencontrées se rapprochent surtout de la myélite centrale. P. GALLOIS.

L'anorexie iodoformique; le signe de l'argent, par A. PONCET (*Lyon méd.*, 1[er] *août* 1886).

En dehors des intoxications graves assez rares, on observe fréquemment chez les malades pansés, avec l'iodoforme, une sorte d'anorexie, d'embarras gastrique qui ne peut être attribué qu'à la présence d'iodures ou d'iodates dans la salive. Les malades se plaignent d'un goût amer, d'un écœurement, et cette sensation de dégoût se prononce au maximum quand ils font usage de vases ou cuillères d'argent. L'argent constitue en effet un réactif fort sensible ; une pièce imprégnée d'un peu d'iodoforme dégage une odeur d'ail pourri exécrable ; il se produit en effet de l'iodure d'argent avec formation d'acétylène. Ce réactif peut donner des indications précises. A. CARTAZ.

Ueber toxische Enteritis im Gefolge der Sublimatwundbehandlung (Entérite toxique à la suite de pansements au sublimé), par Eugen FRAENKEL (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCIX, H.* 2, *p.* 276).

L'auteur reconnaît que le sublimé surpasse tous les antiseptiques employés dans le pansement des plaies. Mais il peut produire des accidents toxiques, caractérisés anatomiquement par une inflammation avec nécrose de la muqueuse du gros intestin et parfois aussi de l'intestin grêle. Cliniquement, ces lésions se traduisent par des coliques, du ténesme, de la diarrhée accompagnée d'hémorragies intestinales. Peut-être le sublimé provoquerait-il aussi des altérations rénales. L'altération intestinale se montrerait plutôt chez les gens dénourris et chez les obèses ; il y aurait d'ailleurs de véritables idiosyncrasies. L'intoxication se produit surtout quand la plaie pansée par le sublimé est très étendue, ou quand l'absortion est très facile (péritoine en cas de laparotomie, utérus après l'accouchement). Il est donc important d'employer le sublimé avec prudence et de se servir de solutions faibles, quoique encore antiseptiques. P. GALLOIS.

Zur Symptomatologie der Wasserschierlingsvergiftung (Cas d'empoisonnement accidentel par la ciguë vireuse), par BRETERNITZ (*Berlin. klin. Woch., XXII, n°* 34, *p.* 540).

Garçon de 8 ans, ayant mangé un morceau de racine de la grande ciguë. On le trouve sans connaissance et en proie à des convulsions. Pas de vomissements.

Deux heures plus tard, la perte de la connaissance est toujours entière ; yeux fixes, pupilles largement dilatées ; visage pâle, salivation abondante ; extrémités froides et flasques ; respiration très fréquente et stertoreuse ; nombreux râles dans la poitrine ; battements cardiaques irréguliers ; imperceptibilité du pouls radial. Selle involontaire. Nulle part la moindre trace de sensibilité ; abolition des réflexes cornéens ; 37°,2 dans le rectum. De temps en temps, après une période d'agitation croissante, le visage se cyanose et devient le siège de mouvements convulsifs d'un rythme rapide, qui s'étendent aux muscles des yeux et du cou, et s'accompagnent d'un cri tout spécial. A la fin, le corps entier est pris, durant une à deux minutes, d'opisthotonos

avec trismus, suspension momentanée des mouvements respiratoires, rétraction des membres contre le tronc et émission abondante d'urine. Un ipéca stibié ne provoqua de vomissements qu'une heure après son administration, alors que l'enfant commençait à reprendre connaissance. Ni les matières vomies, ni celles extraites par les lavages de l'estomac, ne renfermaient rien de particulier. La nuit suivante, quelques vomissements.

Dès le lendemain matin, connaissance parfaite; encore quelques vomissements; coliques très vives avec un peu de diarrhée, céphalalgie; 37°,4.

Le surlendemain, le petit malade est assez bien remis pour manger. (*R. S. M.*, XV, 99.) J. B.

Ueber Bromismus, par EIGNER (*Wien. med. Presse*, nº 25 *et suiv.*, 1886).

L'auteur passe en revue les cas d'intoxication aiguë et chronique par le brome, et publie un cas de cette dernière catégorie avec terminaison fatale.

Ouvrière de 19 ans, devenue épileptique à l'âge de 6 ans, à la suite d'une émotion violente. Depuis un an, elle prend tous les jours une dose variable de bromure de potassium, dose qui s'est élevée, dans les dernières semaines, à deux cuillerées à café par jour. En tout elle a consommé, en douze mois, 2 kilogrammes et demi du médicament.

Depuis quelques semaines, disparition des attaques épileptiques, mais changement de caractère, excitabilité, perte de sommeil, vertiges, troubles de la vue, diminution de la mémoire, ralentissement de la parole. En même temps, perte des forces, amaigrissement. Acné bromique au visage et sur le corps.

Entrée à l'hôpital le 27 septembre 1885. Réponses lentes, incomplètes, somnolence, apathie. Céphalée frontale, lombago. Coloration mate de la peau. Tremblement de la langue et des mains, démarche hésitante. Diminution des réflexes. Inégalité des pupilles. Parésie et paresthésie des membres inférieurs. Rien à la face ni aux yeux. Anesthésie de la gorge. Catarrhe nasopharyngien, fétidité de l'haleine.

Quelques heures après l'admission, délire de paroles et d'action, qui augmente la nuit. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. La malade cherche à fuir. Même état le 28 septembre.

Le 29, délire moindre, abattement. Le 30, pneumonie commençante à la base droite. Mort le 1er octobre à 9 heures du soir.

Autopsie. — Bronchite modérée. Pneumonie du lobe inférieur droit. Rien au cerveau ni aux méninges. (Examen histologique.)

Il n'y a donc là ni méningite ni méningo-encéphalite. Du reste, les signes cliniques ne permettaient pas une pareille hypothèse. C'est bien là du bromisme chronique mortel. L'auteur n'hésite pas à l'affirmer.

L. GALLIARD.

Sur les altérations d'ordre hématique produites par l'action du sulfure de carbone sur l'économie, par KIENER et ENGEL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 9 *août* 1886).

On n'a généralement signalé que des phénomènes nerveux comme symptômes de l'empoisonnement par le sulfure de carbone. Or, en expérimentant sur des lapins intoxiqués par cette substance, selon des procédés divers (inhalations, injections sous-cutanées, ingestion stomacale répétée pendant plusieurs semaines), on constate une altération des globules rouges consistant en des changements de forme ; le globule s'allonge, présente des pointes plus ou moins étirées, prend la forme de

croissant, etc. ; beaucoup de globules sont augmentés de volume, plus pâles et de consistance plus fluide qu'à l'état normal. La dissolution dans le plasma se produit avec la plus grande facilité dans les points où les globules sont tassés ou comprimés ; mais cependant il n'y a pas d'indice de dissolution rapide des globules pendant la vie (pas d'hémoglobine dissoute dans les urines). D'autre part on trouve, d'une manière constante, l'accumulation d'un pigment particulier, ferrugineux, dérivant de la matière colorante du sang, dans la rate, la moelle osseuse, dans le sang de la veine-porte, et dans les capillaires du foie. La formation exubérante de ce pigment ferrugineux, jointe à l'altération morphologique des globules, indique donc, malgré l'absence d'hémoglobinurie et de méthémoglobinémie, que le sulfure de carbone attaque les globules rouges et précipite leur usure physiologique. M. DUVAL.

Ueber Vergiftungen durch bleihaltige Zinngeschirre und Verzinnungen (Des empoisonnements par la vaisselle d'étain contenant du plomb et par les étamages), par W. F. LOEBISCH (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, *XLIII*, *p.* 336).

En 1882, dans un couvent d'Innsbrück, 55 religieuses sur 57 présentèrent des accidents saturnins. Une seule, âgée de 23 ans, succomba après quatre semaines de maladie pendant lesquelles le pouls était toujours resté entre 120 et 160, tandis que la température du corps n'avait jamais dépassé 37°, 5.

Les 60 jeunes filles, pensionnaires de la maison, restèrent toutes indemnes, bien qu'elles eussent la même nourriture. Mais elles buvaient dans des verres et mangeaient dans de la porcelaine, tandis que les religieuses se servaient depuis 6 mois d'une vaisselle d'étain neuve, comprenant gobelets, assiettes et plats.

Les jeunes religieuses furent les premières et les plus sérieusement atteintes, ce qui s'explique par la double circonstance suivante. Elles gardaient dans leurs gobelets une partie de leur vin pour le boire dans l'après-midi, et elles ne se mettaient à table qu'après la division des âgées, dont elles mangeaient les restes, qui avaient séjourné dans les plats.

Sur les 32 cas sérieux, on compte 4 encéphalopathies et 1 paralysie du larynx. Une malade eut de véritables arthrites avec gonflement, deux autres des névralgies du radial ou du trijumeau. 3 fois, on nota un exanthème qui devint de plus en plus foncé et se composait de taches grosses au moins comme des lentilles et de papules occupant la face, les genoux et les pieds ; cette éruption exigea de 6 à 8 semaines avant d'avoir complètement disparu ; une de ces malades eut en même temps une éruption vésiculeuse dans toute la cavité bucco-pharyngée. Chez quelques religieuses, les époques menstruelles furent avancées ou bien elles reparurent chez d'autres qui avaient atteint l'âge de la ménopause depuis plusieurs années.

L'analyse chimique a montré que l'alliage d'étain et de plomb ayant servi à fabriquer la vaisselle renfermait 24.48 0/0 de plomb.

Lœbisch a expérimenté l'action des liquides acides sur un alliage de cette teneur ; il s'est notamment servi d'un vin du pays (contenant 5 0/00 d'acide libre, et 7 0/0 d'alcool) et de gobelets identiques à ceux qui avaient déterminé les accidents. Il résulte de ces expériences que le vin soustrait aux alliages d'étain et de plomb près de 3 fois autant de plomb qu'un acide acétique de même force ; que l'action dissolvante du vin croît proportionnellement avec le temps pendant lequel il agit ; qu'à la température de 30 à 34° le vin dissout une quantité d'étain à peine

double et une quantité de plomb quadruple de celle qu'il dissout à la température ordinaire de la pièce; qu'enfin, dans les mêmes conditions, un acide acétique à 5 0/00 a un effet tout différent : non seulement il dissout proportionnellement plus d'étain que de plomb, mais l'augmentation de ses propriétés dissolvantes est moins marquée que pour le vin. J. B.

De l'empoisonnement par le chlorure de zinc, par L. SECHEYRON (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XIV*, 45 *et* 159).

Les empoisonnements par le chlorure de zinc, très rares en France et en Allemagne, sont plus fréquents en Angleterre, grâce à la liqueur de Burnett. Les méprises sont, en effet, faciles, car, en solution concentrée, ce sel ne diffère guère de l'eau que par sa densité, son état sirupeux et son aspect blanc transparent.

Secheyron a résumé dans son mémoire 21 observations dont 1 personnelle; celle de Tuckwell (*R. S. M.*, V, 647) lui a échappé.

La douleur est aiguë et immédiate ; elle est ressentie à la bouche, à l'arrière-gorge, à l'épigastre et vers les dernières vertèbres dorsales ; elle se manifeste sous forme de brûlure, de torsion de l'estomac, de griffe à l'épigastre, de compression atroce du ventre contre la colonne vertébrale ; elle offre des points maxima surtout à la partie moyenne du sternum et au creux épigastrique; elle s'exaspère par la pression et les mouvements respiratoires. La parole est rauque, éteinte, entrecoupée. La muqueuse labiale, buccale, pharyngée est couverte d'un semis de petites taches, de plaques opalines, comparables par leur aspect et leur siège aux plaques de muguet. Les vomissements ne sont spontanés qu'autant que l'estomac n'est pas à jeun. La constipation est plus commune que la diarrhée. La prostration est extrême.

La durée et la terminaison sont variables. Dans les cas les plus rares, le malade guérit parfaitement. Mais bien plus souvent il succombe rapidement dans le collapsus, ou bien, s'il échappe aux accidents primitifs, il est encore exposé à des accidents secondaires qui entraînent fréquemment aussi la mort au bout de semaines ou même de mois.

Dans les 8 observations à issue rapidement fatale, la mort est survenue entre 1 heure 1/2 et 4 jours après l'empoisonnement.

Les suites prochaines ou tardives de l'empoisonnement par le chlorure de zinc ressemblent à celles de l'empoisonnement par les acides corrosifs : dysphagie, régurgitation des aliments, nécessité d'exclure les aliments solides des repas ; vomissements parfois sanguinolents, de même que les gardes-robes, dyspepsie, enfin tous les symptômes d'une gastrite chronique, parfois ulcéreuse.

Sur 21 cas, on compte 12 morts. A l'autopsie, on constate les lésions suivantes : retard de la putréfaction cadavérique. Le tube digestif, et parfois le larynx, sont seuls atteints. La bouche, la langue, ne sont pas toujours lésées. Les altérations les plus graves occupent l'estomac, qui est petit, revenu sur lui-même, de couleur plombée ; les ulcérations de sa muqueuse ne sont pas constantes et sont en général superficielles. En dehors du tube digestif et du larynx, les lésions viscérales sont très rares.

Sur les 21 observations, il n'y a que 2 suicides; tous les autres empoisonnements sont accidentels.

Au point de vue du diagnostic, les escarres opalines superficielles du chlorure de zinc se distinguent assez facilement des escarres foncées et profondes de l'acide sulfurique, des taches jaunes de l'acide azotique et des fausses membranes grisâtres de l'acide chlorhydrique. Elles ressemblent davantage à celles produites par l'ammoniaque; mais pour ces dernières on a la réaction du papier de tournesol. Malgré l'analogie de l'ensemble des symptômes, les empoisonnements par la potasse et la soude caustiques, ainsi que par les hypochlorites alcalins, se distingueront grâce aux réactions spéciales de leurs solutions, sans compter l'odeur caractéristique des hypochlorites.

On recherchera le zinc dans les urines et les fèces.

Le traitement consiste en vomitifs, lavages stomacaux à l'eau de savon, puis boissons émollientes, albumineuses et alcalines. J. B.

L'essence de térébenthine dans le traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore, par RONDOT (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, mars-avril* 1886).

En s'appuyant sur un certain nombre de faits cliniques, l'auteur montre que l'essence de térébenthine, administrée immédiatement au début de l'empoisonnement, fait avorter l'intoxication.

Lorsque cette dernière n'est pas entièrement annihilée, elle lui donne une forme bénigne qui se termine par la guérison. En relevant l'énergie du cœur, en stimulant l'activité du rein, dont la sécrétion est accrue, en ramenant au taux normal le chiffre de l'urée, et en s'opposant aux altérations morphologiques des hématies par l'élévation de la température, la térébenthine possède une action nettement antagoniste de celle du métalloïde. La médecine expérimentale démontre encore que cette substance, à l'inverse du phosphore, augmente l'élimination de l'urée par les urines en empêchant son accumulation dans le sang, combat l'abaissement thermique de l'empoisonnement et met obstacle à la soustraction d'oxygène opérée par le toxique sur le milieu sanguin.

Les doses moyennes d'essence sont de 2 à 10 grammes à faire ingérer dans un court intervalle dès le début. S'il est nécessaire on renouvellera ces doses, après évacuation du contenu de l'estomac, ou tant qu'il y aura menace d'intoxication. Les diurétiques, le régime lacté et les toniques seront des adjuvants utiles. OZENNE.

THÉRAPEUTIQUE.

Leçons de thérapeutique (Les Grandes Médications), par Georges HAYEM (*Un vol. in*-8, *Paris*, 1887).

« Je distingue, dit Hayem, en thérapeutique appliquée, trois parties : 1° les principes généraux ; 2° les médications ; 3° les traitements. » Ce sont ses leçons sur les médications qui font l'objet du volume actuel.

Le nombre des maladies auxquelles nous pouvons appliquer un remède spécifique est extrêmement restreint. Dans la plupart des cas, le traitement dépend de la manière dont nous comprenons la recherche des indications. A l'empirisme, qui a rendu cependant des services, le professeur veut qu'on substitue la *méthode des médications*. En quoi consiste cette méthode? C'est là un des points les plus importants de ces leçons.

Pour la première fois, la notion de médication est nettement précisée et subordonnée à celle d'élément morbide. Les médications découlent ainsi d'une analyse délicate et aussi exacte que possible de la physiologie pathologique des maladies ; les liens qui rattachent la théorie à la pratique sont mis en lumière, et les progrès récents de la science reçoivent leur application.

Après avoir signalé les principales conséquences du mouvement scientifique actuel au point de vue de la thérapeutique, l'auteur résume ainsi sa conception générale des médications :

« La doctrine des éléments morbides, et par suite des médications corrélatives, constamment revisable et perfectible, se prête à merveille aux nécessités du moment. Elle seule peut nous permettre, en attendant la découverte des moyens spécifiques, de faire découler nos indications d'une étude approfondie de la physiologie morbide. »

Fidèle à ces principes, Hayem divise chaque médication en deux parties principales. Dans la première, il trace les caractères de l'élément morbide correspondant, en fait l'analyse physiologique, en indique la pathogénie et déduit de ces diverses notions scientifiques les indications qui doivent être remplies. Les moyens utilisés et l'appréciation du but atteint par chacun d'eux forment la seconde partie de l'étude de la médication.

Les découvertes récentes relatives aux causes des maladies infectieuses donnent une importance majeure à l'étude de la médication désinfectante. A ce propos, nous ferons, une fois pour toutes, cette remarque, à savoir que Hayem n'accepte comme base d'indication que les faits scientifiques hors de conteste ; mais, tout en les marquant d'un point de doute, il encourage volontiers les travaux encore incertains ou incomplets, dans l'espoir de voir surgir des progrès sérieux là où on ne trouve encore que des tentatives prématurées. Dans une première partie consacrée à la désinfection locale, Hayem fait voir que les agents employés dans ce but n'exercent pas seulement une action microbicide; que certains d'entre eux agissent directement sur les éléments des tissus. Cette donnée importante, sur laquelle il revient à propos de la médication antiphlogistique, établit bien la relation qui existe entre la désinfection et les applications locales modificatrices de l'inflammation.

Nous signalerons ce qui a trait aux désinfectants locaux, et particulièrement les chapitres sur l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, dans lesquels la description des effets dits physiologiques des médicaments précède l'étude des actions thérapeutiques. Puis viennent les pages consacrées à la pleurotomie, à la pneumotomie, aux injections intra-pulmonaires. A propos du traitement local de la phtisie pulmonaire, Hayem fait des réserves sur la valeur des injections intra-pa-

renchymateuses, qui, certainement, sont plus audacieuses que bien conçues.

La médication désinfectante générale fournit la matière d'une des études les plus soignées, bien que l'auteur soit conduit à conclure que, jusqu'ici, en dehors des spécifiques, il n'existe pas de médicament capable de la produire avec certitude. Nous ajouterons cependant que plus loin, à propos de l'application des mercuriaux à la médication antiphlogistique, il pense pouvoir émettre l'hypothèse d'une action désinfectante interne exercée par ces médicaments.

La médication sthénique vient prendre rang immédiatement après la médication désinfectante. Elle est destinée à combattre les effets les plus redoutables de l'infection lorsque celle-ci ne peut être directement enrayée. L'élément morbide qui lui correspond, l'adynamie et ses diverses formes cliniques fait l'objet d'une étude intéressante dans laquelle Hayem rattache les principaux phénomènes morbides aux effets des produits de l'infection sur les systèmes nerveux et musculaire. Dans ce chapitre, sont mises à contribution les données nouvelles de la chimie biologique sur les ptomaïnes et les résidus de la désintégration des éléments anatomiques.

Les moyens à opposer à l'adynamie générale, et particulièrement l'alcool, l'éther, sont tour à tour passés en revue, sous le rapport de leurs actions physiologiques et thérapeutiques. Viennent ensuite les agents qui servent à combattre les adynamies localisées soit au cœur, soit au cerveau.

Une des questions qui a fourni dans ces dernières années la matière des plus nombreux travaux thérapeutiques est certainement celle des antipyrétiques. Hayem consacre plusieurs leçons à la médication de la fièvre, et à ce propos il apprécie la valeur de la réfrigération et de certains agents antithermiques dont la réputation a été parfois exagérée.

Il passe en revue après les sels de quinine, l'acide salicylique, l'acide phénique, la kairine, la thalline, la résorcine, l'antipyrine, et accorde à ce dernier médicament plus d'importance qu'aux autres nouveaux agents tirés de la série aromatique. Puis, après des considérations très pratiques sur l'action de la digitale, il termine par un chapitre intéressant sur la manière d'appliquer la médication antipyrétique.

Il y a quelques années, tout le monde croyait s'entendre sur la nature de l'inflammation. Depuis les recherches faites sur les microbes, ce processus a été envisagé à un point de vue nouveau, et l'étude de la médication correspondante devait être nécessairement remaniée. Hayem a cherché à faire la part de l'action germicide ou désinfectante et de l'action antiphlogistique, à proprement parler. En faisant l'analyse des éléments primordiaux de l'inflammation, il a posé les indications thérapeutiques qui en résultent et il a montré l'utilité évidente des principaux procédés de la médication. Nous signalerons particulièrement les passages relatifs à la révulsion et surtout celui qui concerne les émissions sanguines. La dernière leçon traite de la mise en œuvre de la médication antiphlogistique, étude basée sur l'observation clinique et la physiologie pathologique. H. CHOUPPE.

Climatothérapie, par Hermann WEBER, traduction par A. DOYON et P. SPILLMANN (*In-8°, Paris,* 1886).

Le traité de Weber est certainement le plus complet qui ait été publié; il embrasse toutes les stations du globe et donne sur chacune d'elles des renseignements précis, des indications positives pour le médecin. On est en droit de se demander, comme le font remarquer les traducteurs, pourquoi notre pays, qui offre à la thérapeutique climatérique les ressources les plus variées en raison de sa configuration naturelle, ne possède qu'un très petit nombre de sanatoria, de stations pour les diverses saisons.

Dans une première partie, Weber étudie les notions météorologiques qui donnent à telle ou telle région la caractéristique de son climat; influence de l'air, à un degré variable de pression, de l'humidité, de la pluie, des vents régnants, modifications que ces diverses conditions impriment à l'économie à l'état sain et à l'état pathologique, etc.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des climats que Weber divise en climats des îles, des côtes maritimes et climats intérieurs ou continentaux.

Parmi les premiers, il faut désigner :

1° Les climats humides : *a*) à température très élevée (Madère, îles Canaries, la Floride, Cuba, etc.); *b*) à température modérée (îles Hébrides, Irlande, etc.).

2° Les climats d'humidité moyenne : *a*) climats maritimes plus chauds, (Alger, Cadix, Venise, Palerme, Biarritz, Arcachon, climat méditerranéen, en général); *b*) climats maritimes plus frais, comprenant les stations d'hiver (Queenstown, île de Wight), et les stations d'été (Irlande, Pays de Galles, Brest, côtes nord de France, Belgique, etc.).

3° Les climats maritimes chauds et secs (Hyères, Cannes, Nice, Menton, Capri, Malte, îles Baléares, Alexandrie, etc.)

Les climats continentaux se divisent en : climats de pays élevés ou de montagnes, et climats de plaines.

Dans un dernier chapitre, l'auteur étudie ce qu'il faut entendre par une bonne station et quelles sont les indications pour telle ou telle affection.

A. CARTAZ.

I. — Recherches expérimentales concernant l'influence de l'antipyrine sur les échanges nutritifs, par NENCKI (*Przeglad lekarski, n°* 32, 1885).

II. — Ueber den Einfluss des Antipyrins (Influence de l'antipyrine sur l'excrétion des principes azotés), par UMBACH (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm., XXI, Heft* 2 *et* 3, *p.* 161).

III. — Einwirkung des Antipyrins... (Effets de l'antipyrine sur la cellule), par GAULE (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte,* 15 *juin* 1886).

IV. — Sur l'action de l'antipyrine, par BLANCHARD (*Rev. méd. Suisse romande. mai* 1886).

V. — De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux, par DENOTOVICH (*Thèse de Paris, n°* 320, 1886).

VI. — L'action antirhumatismale de l'antipyrine, par EICH (*Inaug. Diss. Bâle* 1886).

VII. — L'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire, par LENHARTZ (*Charité Annalen, X, p.* 248).

I. — De ses recherches faites dans le laboratoire de Witzkowski, Nencki conclut que l'antipyrine, en abaissant la température interne chez les fiévreux, ralentit les échanges nutritifs, car en même temps que la température s'abaisse, l'excrétion de l'azote et de l'ensemble des principes excrémentitiels azotés diminue.

Pendant la défervescence obtenue au moyen de l'antipyrine, l'élimination des acides éthéro-sulfuriques est accrue ; au contraire, la proportion de l'acide sulfhydrique des sulfures diminue dans les urines.

Pendant la période d'apyrexie consécutive à l'administration de l'antipyrine, la proportion des chlorures alcalins est considérablement diminuée dans les urines, même quand l'organisme reçoit une grande quantité de chlorure de sodium par la voie des *ingesta*. E. RICKLIN.

II. — Les observations, faites par Umbach sur deux malades, démontrent que, chez les fiévreux, à la suite de l'administration de l'antipyrine, la quantité totale des principes excrémentitiels azotés éliminés par les urines diminue, que dès lors, l'administration de cet antipyrétique a pour effet d'enrayer la désassimilation des éléments plastiques aussi bien que celle des éléments hydrocarbonés (respiratoires) qui interviennent dans le jeu des échanges nutritifs.

Les observations faites sur un troisième malade fiévreux démontrent que le sulfure de calcium, administré à doses relativement faibles, diminue la quantité totale des matières excrémentitielles éliminées par les urines, tout en augmentant la quantité totale des matériaux azotés excrétés par cette voie. E. RICKLIN.

III. — L'antipyrine exerce une puissante influence sur les cellules des tissus, notamment sur celles du foie. Chez les animaux, Gaule a fait des injections d'antipyrine et examiné sous le microscope leurs cellules hépatiques, à des distances plus ou moins grandes après l'injection.

Constamment, il a noté une diminution de la nucléine marchant parallèlement à l'intensité d'action de l'antipyrine. Avec le rétablissement des animaux, il a vu que la nucléine des cellules récupérait lentement la faculté de se colorer. J. B.

IV. — Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'antipyrine produit un soulagement aussi complet et un peu plus rapide que le salicylate de soude, mais la dose nécessaire (4 à 6 grammes) a amené plusieurs fois l'érythème, sans autre symptôme d'intolérance.

Dans la pneumonie aiguë de l'adulte, son effet a été peu marqué, parfois nul; chez l'enfant, au contraire, il est très manifeste.

Dans les bronchites chroniques, les 2 grammes administrés dès le premier ou le deuxième jour mettent fin aux exacerbations fébriles.

Dans les angines simples, sous l'influence de l'antipyrine, le plus souvent en quelques heures, on voit cesser la fièvre, la céphalalgie et l'anorexie.

Dans les fièvres éphémères et saisonnières, grippes, embarras gastriques fébriles, une seule dose de 1 à 2 grammes suffit pour faire disparaître promptement tout malaise. Une heure environ après l'ingestion survient une sensation de calme, puis un sommeil profond de quelques heures.

Dans la fièvre typhoïde, l'action de l'antipyrine est purement antithermique et inférieure à celle des bains qui agissent en même temps sur les autres symptômes. J. B.

V. — Pour Denotovich, l'influence de l'antipyrine sur la fièvre des tuberculeux serait à peu près nulle. On ne pourrait obtenir un abaissement appréciable de la température qu'en employant des doses massives et répétées, et même alors, on n'obtiendrait que des effets passagers. D'autre part, l'antipyrine provoque souvent chez les phtisiques des sueurs abondantes qui fatiguent et épuisent les malades bien plus que la fièvre. H. CH.

VI. — Eich a observé, dans le service d'Immermann, 36 cas de rhumatisme traités par l'antipyrine, et il n'hésite pas à conclure que l'antipyrine ne le cède sous aucun rapport en efficacité au salicylate de soude. Ainsi, chez l'un des 36 malades, le salicylate de soude et l'antipyrine ont été administrés alternativement sans résultat durable. Chez un autre, affecté de rhumatisme articulaire chronique, avec lésions irréparables dans les jointures, l'antipyrine a échoué. L'antipyrine, pas plus que le salicylate de soude, ne prévient les complications graves du rhumatisme articulaire aigu. Cependant ce médicament a donné des résultats relativement favorables dans des cas où il existait des complications endo-péricardiques.

L'administration de l'antipyrine n'entraîne aucun des effets secondaires plus ou moins fâcheux qu'on observe quelquefois à la suite de l'administration des préparations salicylées. Dose de 3 à 6 grammes par jour, au début; plus tard, 2 grammes.

VII.— Les expériences de Lenhartz ont été faites sur 24 rhumatisants; l'antipyrine était administrée en solution dans l'eau, sans addition d'aucun correctif, à la dose de 1 gramme. Pour juger de l'efficacité comparative de l'antipyrine et du salicylate de soude, on prescrivait alternativement un de ces deux médicaments, en commençant tantôt par l'un, tantôt par l'autre. Voici les conclusions dans lesquelles l'auteur résume son jugement :

1° Dans le traitement du rhumatisme articulaire, de la forme aiguë principalement, l'antipyrine manifeste une efficacité sensiblement égale à celle du salicylate de soude, car le médicament est doué d'une action sûre et fait disparaître les manifestations locales du rhumatisme, et spécialement la douleur;

2° L'antipyrine ne prémunit pas plus que le salicylate de soude contre les récidives;

3° L'emploi de l'antipyrine s'impose dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on a échoué avec les préparations salicylées; il est contre-indiqué en cas d'adynamie, et quand il existe des manifestations cérébrales. RICKLIN.

I.— Antipyrine et rhumatisme, par Louis SECRETAN (*Rev. méd. Suisse romande, t. V, p.* 718, *et VI, p.* 56).

II. — De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu, avec complications diverses, par E. CLÉMENT (*Lyon méd.*, 29 *août* 1886).

I. — Secretan a soumis 20 malades atteints de rhumatisme articulaire au traitement par l'antipyrine.

Les 11 cas de rhumatisme subaigu apyrétique ont donné 9 guérisons:

Une fois l'antipyrine ne produisit aucune amélioration, tandis que le salicylate réussit; l'autre fois, elle ne fut pas gardée.

L'amélioration a toujours été grande dès le deuxième jour de traitement.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital fut de 20 jours. La dose moyenne d'antipyrine administrée s'éleva à 19 grammes.

Sur les 9 cas de rhumatisme aigu fébrile, 7 ont guéri. Pour les 2 autres, le succès n'a été que momentané ou partiel. Les douleurs ont notablement diminué ou même cessé, le plus souvent, dès le second jour. Quant à la fièvre, elle a presque toujours cédé le deuxième jour.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 34 jours, et la quantité moyenne d'antipyrine employée de 36 grammes.

En somme, Secretan reconnaît à l'antipyrine la même efficacité qu'au salicylate, avec le double avantage sur celui-ci de déterminer rarement de l'intolérance gastrique et pas de phénomènes cérébraux. Par contre, l'antipyrine peut provoquer un exanthème généralisé, rubéoliforme qui débute par la face dorsale des membres, en premier lieu aux genoux et aux coudes, et pâlit au bout de 3 à 5 jours sans desquamer; les papules commencent à se décolorer au centre et deviennent circinées.

Les transpirations des rhumatisants n'ont pas été augmentées par l'antipyrine.

Secretan la prescrit en solution aqueuse (6 grammes en 24 heures, une cuillerée à bouche de 2 en 2 heures) aux mêmes doses que le salicylate.

A mesure que les douleurs diminuent, il abaisse la dose du médicament qu'il cesse tout à fait, deux jours seulement après que le malade est libre de toute douleur.

Secretan n'a jamais vu de collapsus.

Dans la discussion, Demiéville dit avoir observé un collapsus grave, suivi d'un état comateux qui dura 3 jours chez un malade ayant pris 3 grammes d'antipyrine en deux fois dans l'espace de 2 heures.

Suchard a vu un collapsus suivi de mort chez une phtisique atteinte de pleurésie qui avait pris pendant la nuit, la moitié d'une potion contenant 1gr,50 d'antipyrine. J. B.

II. — Clément n'a jamais observé d'accidents dans l'administration de l'antipyrine, qu'il regarde comme supérieure, dans la plupart des cas, au salicylate.

Chez huit malades, souffrant de rhumatisme avec complications cardiopéricardiques, l'antipyrine a été donnée à la dose de 4 à 6 grammes par jour sans aucun accident.

Une malade en a pris, sans interruption, pendant plus de trois mois, soit plus de 500 grammes. Dans ce dernier cas, l'affection cardiaque (insuffisance aortique) n'a jamais été influencée. A. C.

Ueber Antipyrin, par BEIHLEN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVIII, Heft* 6, *p.* 534, 1886).

L'auteur considère l'antipyrine comme un excellent médicament dont les effets sont constants... Il ne craint pas de l'employer à des doses élevées. Voici, du reste, celles qu'il propose :

Pneumonie fibrineuse et fièvre typhoïde dans leur premier stade :

Pour des individus de 14 à 16 ans, 1gr,50 ; une heure plus tard de nouveau 1gr,50 ; à une heure d'intervalle, pour des malades de 16 à 20 : 2 + 1 ou 2 + 2 ; pour des malades plus âgés : 2 + 2 + 1 ou 3 + 2.

Dans les périodes ultérieures, on donnera aux adultes : 2 + 2 ou 2 + 1.

Dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, de 15 à 20 ans : 2 + 2 ou 2 + 2 + 1 ; aux adultes : 2 + 2 + 1 ou 3 + 2.

Dans la phtisie pulmonaire, la dose à employer, suivant les circonstances, varie de 2 grammes à 2 + 2 + 1 ; le plus souvent il suffira de 2 ou de 2 + 1.

Quand ces doses sont bien supportées, mais se montrent insuffisantes, on peut aller au delà, et donner, dans un érysipèle de la face, ou une pneumonie, 3 + 2 + 2.

Dans la fièvre typhoïde, l'antipyrine, qui agit d'une façon constante sur la température, n'a pas d'action sur la marche générale et sur la durée de la maladie.

Beihlen pense que ce médicament doit être préféré à la kairine, au salycilate de soude et à la quinine, et que ses effets secondaires, les vomissements, ne sont pas suffisants pour en faire rejeter l'emploi. La qualité principale consiste non dans l'étendue considérable de son action antipyrétique, mais dans la certitude de cette action. ALBERT MATHIEU.

De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée, par L. MORISSE (*Thèse de Paris*, 1886).

Cette thèse faite sous l'inspiration de Dujardin-Beaumetz contient un exposé détaillé des théories émises récemment sur la septicémie intestinale. Pour la combattre, Morisse recommande dans un grand nombre de maladies, telles que le choléra, la dysenterie, la diarrhée de Cochinchine, la dilatation stomacale et surtout la fièvre typhoïde, l'emploi de l'eau sulfo-carbonée administrée à l'intérieur. La façon de préparer cette solution est la suivante : on verse dans un flacon 25 grammes de sulfure de carbone pur, 500 grammes d'eau et 30 gouttes d'essence de menthe. On agite, puis on laisse déposer. On donne huit, dix, douze cuillerées à bouche par jour de cette eau, en ayant soin de verser chaque cuillerée dans un demi-verre de lait ou d'eau rougie. Aucun accident toxique n'a jamais été observé ; les garde-robes perdent toute odeur grâce à ce médicament, et la fièvre typhoïde en particulier revêt presque toujours une forme bénigne. C. GIRAUDEAU.

Die Behandlung des Abdominaltyphus mit Sublimat (Traitement de la fièvre typhoïde par le sublimé corrosif) par W. GREIFENBERGER (*Berlin. klin. Woch.*, *XXII*, *n°* 38, *p.* 609).

Greifenberger se loue beaucoup du traitement suivant :

Solution de bichlorure de mercure, 4 à 5 centigrammes dans 180 grammes de véhicule, avec 20 grammes de sirop ou d'eau de menthe comme correctifs. Toutes les heures ou toutes les 2 heures, les malades prennent une cuillerée à soupe de cette potion.

Sous l'influence de cette médication, la température commence à baisser dès le 2e jour ; dès le 3e ou le 6e au plus tard, elle est redescendue à la normale ou même au-dessous.

Dans les cas légers, traités dès le début, il suffit généralement de 5 à

8 centigrammes de sublimé pour obtenir le résultat désiré, c'est-à-dire de 3 ou 4 jours; dans les cas plus intenses, il en faut jusqu'à 15 centigrammes qui sont pris dans l'espace de 8 ou 9 jours.

En même temps que la disparition de la fièvre, on constate la rétrocession des autres symptômes. J. B.

Behandlung der Diphtheritis mit Hydrogenum supraoxydatum, par HOFMOKL (*Wien. med. Presse, p.* 577, *p.* 19, 1886).

L'auteur a traité par l'eau oxygénée 47 enfants atteints de diphtérie. Il prescrit les inhalations d'eau oxygénée et fait administrer en outre, toutes les deux heures, une cuillerée à café de la solution suivante :

Eau oxygénée à 2 0/0	200 grammes.
Glycérine pure	3 grammes.

Après la trachéotomie, il traite la plaie par l'iodoforme.

L'eau oxygénée exerce une action favorable sur les fausses membranes en les dissociant et en s'opposant même à leur formation. Elle améliore en même temps l'état général des sujets.

Sur les 47 cas de l'auteur, il y a eu 14 morts; ce qui donne une proportion de mortalité de 29, 79 0/0. Ce chiffre est satisfaisant si on le compare à celui des 12 dernières années, à l'hôpital de Leopoldstadt, où l'auteur fait ses observations, et si l'on tient compte de la gravité des cas.

Sur les 47 malades, on a dû en trachéotomiser 25, dont 10 sont morts. Le chiffre de la mortalité après la trachéotomie est donc de 40 0/0.

Il faut attendre un nombre de faits plus considérable pour juger le traitement par l'eau oxygénée. L. GALLIARD.

La médication éthérée-opiacée dans le traitement de la variole, par MOSSÉ (*Gaz. hebd. de Montp.*, 1886).

Ce travail contient deux observations dans lesquelles la médication préconisée par Du Castel (Voy. *R. S. M.*, XX, 491) a été suivie de succès. La seconde observation est surtout intéressante.

Il s'agit d'une variole grave, anormale, dans laquelle la médication éthérée opiacée fut instituée dès le deuxième jour de l'éruption. La maladie prit une allure régulière peu après l'administration de la médication et se termina assez rapidement par la guérison. L'éther et l'opium avaient été administrés simultanément, en potion. On ne pratiqua pas d'injections d'éther.

La méthode de Du Castel, dans le traitement de la variole, mériterait, d'après l'auteur, d'être plus généralisée qu'elle ne l'a été jusqu'à ce jour. Mossé pense que, dans la pratique, l'administration de l'éther est plus facile et plus facilement tolérée par voie stomacale que par voie hypodermique. A. C.

Le coto et la cotoïne. Leur valeur comme antidiarrhéiques et antiseptiques, par ELOY (*Union médicale*, 21 *septembre* 1886).

La cotoïne, un des alcaloïdes du coto, cristallise en aiguilles jaunâtres, se dissout dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther, etc.

Des effets signalés, les plus constants sont ceux qu'elle produit sur les

vasomoteurs; chez des cobayes qui ingéraient 1 à 2 grammes de cotoïne, les vaisseaux intestinaux étaient congestionnés et gorgés de sang.

Elle agit surtout contre la diarrhée des tuberculeux, des typhiques et même des cholériques; sur 21 cas, dont 10 de diarrhée tuberculeuse, 8 de diarrhée catarrhale et 3 de diarrhée arthritique, il n'y a eu d'insuccès que chez 2 phtisiques avancés. La cotoïne s'administre en cachets de 20 centigrammes, à dose de 20 à 60 centigrammes. H. L.

Das Calomel bei der Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose (Emploi du calomel dans la cirrhose hypertrophique et dans quelques autres maladies), par SACHAJIN (*Zeitschrift für klin. Med., Band IX, Heft X, p.* 501-521).

Sachajin a essayé le calomel dans les affections suivantes :

1° *Coliques hépatiques.* — Il a surtout obtenu de bons résultats dans les coliques graves et accompagnées de fièvre.

2° *Cirrhose hypertrophique.* — Le succès dans un cas de cirrhose hypertrophique fut tel, que l'on mit un instant en doute le diagnostic primitif pour songer à la syphilis du foie. L'examen ultérieur écarta cette hypothèse.

3° *Érysipèle de la face.* — Le calomel trouve surtout son emploi chez les vieillards qui supportent difficilement le sulfate de quinine ou les bains froids. La fièvre est quelquefois entièrement coupée dès la première administration.

4° *Fièvre typhoïde.* — Le météorisme abdominal, la dyspnée, la céphalalgie, l'insomnie sont les symptômes les plus améliorés par le calomel. On doit éviter de le donner dans les cas de diarrhée profuse et de dépression considérable des forces.

5° *Choléra.* — Aucun résultat, bien que la médication ait été essayée chez un très grand nombre de malades. Sachajin croit d'ailleurs l'action microbicide du calomel très douteuse.

6° *Pneumonie.* — Dans les formes inflammatoires, l'auteur, avant la découverte de l'antipyrine, employait toujours le calomel. Actuellement, il s'en sert encore quand l'antipyrine a échoué.

7° *Néphrite aiguë.* — La néphrite aiguë, qui survient chez les accouchées, est très favorablement modifiée par le calomel, quand il n'y a pas d'infection puerpérale. Les contre-indications sont les mêmes que dans la fièvre typhoïde.

Le mode d'administration préconisé par Sachajin est le suivant. On donne 5 centigrammes de calomel toutes les heures pendant six heures; on continue ensuite en donnant la même dose toutes les deux heures; si, après avoir donné une quantité totale de 60 centigrammes, on n'a pas obtenu d'évacuation, on fait prendre une cuillerée à soupe d'huile de ricin. Il est exceptionnel d'observer à la suite de cette médication une diarrhée de quelque importance. La salivation est très facilement prévenue par un gargarisme au chlorate de potasse. Chez les sujets robustes, ce traitement peut être, dans le cours de la maladie, répété une seconde, une troisième fois, à quelques jours d'intervalle.

Dans la fièvre typhoïde, il est plus sage de ne l'employer qu'une seule fois. M. DEBOVE.

The treatment of whooping-cough (coqueluche) by quinine, par F.-W. CAMPBELL (*Canadian med. Association*, 19 *août* 1886).

Campbell, à l'exemple de Binz et de Dawson (*Canada med. Rec.*, juillet 1873) regarde la coqueluche comme une névrose du pneumogastrique, due à l'accumulation dans le pharynx de mucosités contenant un champignon spécial. Il a obtenu d'excellents résultats de la quinine administrée à la dose de un demi-grain toutes les 2 ou 3 heures chez les enfants de moins de 3 ans et à doses proportionnelles jusqu'à 2 grains pour les enfants de 12 ans et au-dessus. Il l'administre en solution et sans aucun agent correctif de l'amertume. A. CARTAZ.

Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses, par GUERDER (*Union médicale*, 17 *juin* 1886).

Guerder eut l'idée d'employer contre la coqueluche des insufflations d'un mélange d'acide borique et de café torréfié; 30 enfants, dans le cours d'une épidémie, furent traités ainsi: 7 âgés de moins d'un an; 7 de 1 à 2 ans; 6 de 2 à 3 ans; 10 de 3 à 8 ans. Sur ces 30 enfants, 13 avaient été traités depuis 8 à 15 jours par la médication usuelle avec une amélioration passagère; 17 n'ont eu que les insufflations; sur les 13 premiers, pendant la première période, 3 furent atteints de pneumonie, 2 enfants âgés de 7 et 11 mois moururent, l'autre âgé de 8 ans guérit. Du jour où il employa les insufflations, il n'eut plus ni complication, ni décès. En un temps variant de 2 à 6 jours, les quintes tombaient de 15 ou 20 à 4 ou 5 dans les 24 heures, devenaient moins intenses, et les vomissements plus rares; en même temps, le catarrhe nasal rétrocédait. Quand le malade était attaqué dès le début, elle ne subissait qu'une courte évolution de 8 à 15 jours; quelquefois même elle avortait plus rapidement. (Voy. *R S. M.*, XXVIII, 68.) H. L.

Ueber die therapeutische Verwendung des Lanolin (Emploi thérapeutique de la lanoline), par Oscar LASSAR et discussion de la Société médicale de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 75 *et* 82, 1er *février* 1886).

Lassar confirme le dire de Liebreich (*R. S. M.*, XXVIII, 590) que la lanoline est absorbée par la peau plus rapidement et plus complètement que les autres graisses, y compris la vaseline, et sans déterminer la moindre irritation locale.

Lorsqu'on voudra assouplir la peau, on mélangera la lanoline d'un cinquième de vaseline. La lanoline est très utile pour la préparation des pommades à la chrysarobine.

Dans la discussion, *Patschkowski* cite des expériences comparatives faites avec deux pommades iodurées qui prouvent l'absorption plus facile de celle qui avait pour excipient la lanoline. On active encore l'absorption de la lanoline, si, suivant le conseil de Liebreich, on l'additionne d'un peu de graisse ou de glycérine.

B. Fraenkel a essayé la lanoline sur les muqueuses du nez et du pharynx en l'y appliquant à l'aide d'une baguette de verre; il a trouvé qu'il était indispensable d'y ajouter un quinzième de graisse. La lanoline jouit de la double propriété de s'opposer à la formation des croûtes dans le coryza atrophique et de diminuer les sécrétions du coryza purulent.

D'après *Kœbner*, elle dissout moins bien la chrysarobine que les autres véhicules gras, tels que l'axonge qui en dissout 97 à 98 0/0, et la vaseline. J. B.

Das Mollin ein neues Seifenpräparat... (Molline, nouveau savon employé en dermatologie), par KIRSTEN (*Monatshefte f. prakt. Derm.*, *n°* 8, *p.* 338, 1886).

La molline est un savon surchargé de graisse, et dans lequel, par conséquent, il n'existe pas de bases libres capables d'irriter la peau. Aussi doit-elle constituer un véhicule excellent pour les médicaments.

En mélangeant une partie d'hydrargyre à deux parties de molline, on obtient un savon qui remplacera, avec avantage, l'onguent mercuriel, parce qu'il est beaucoup plus propre, plus agréable à manier, plus facilement accepté par les malades et aussi plus rapidement efficace.

La molline se mélange très bien aussi au styrax, aux acides phénique et salicylique, et à un grand nombre d'autres médicaments actifs. Voici, par exemple, une formule :

Molline.................................	100 parties.
Acide phénique	3 —

pour usage externe. L. GALLIARD.

La pelletiérine peut-elle être prescrite aux enfants? par MÉPLAIN (*Bull. de thérap.*, 1*re livraison*, 15 *juillet* 1886).

Voici les conclusions de ce travail :

1° La pelletiérine a place dans la thérapeutique infantile;

2° Une faible dose, chez l'enfant, suffit pour expulser le ténia;

3° Cet alcaloïde ne présente pas à cet âge les dangers que donnaient à prévoir son action physiologique et les effets observés chez l'adulte;

4° La dose employée est de 6 centigrammes d'alcaloïde, représentée par une forte cuillerée à café ;

5° Un purgatif sera administré après. ADOLPHE LESAGE.

The use of kawa-kawa as a diuretic, par Herbert C. ROGERS (*Med. News*, 16 *octobre* 1886).

Quatre observations qui démontrent l'efficacité de l'extrait fluide du kawa, comme diurétique chez des malades atteints d'hydropisie avec ascite. L'émission d'urine a passé en quelques jours, de 500, 600 grammes à 1,000, 1,500 grammes; l'anasarque a rapidement cessé. Rogers donne cet extrait à la dose de 25 centigrammes à 3 grammes, répétés toutes trois à six heures. A. C.

I. — Beiträge zur Wirkung des Urethan bei Geisteskranken (Contribution à l'étude de l'action de l'uréthane sur les aliénés), par R. OTTO et W. KŒNIG (*Centralblatt für Nervenheilkunde,* 1886).

II. — Zur Wirkung des Urethan bei subcutaner Anwendung (Action de l'uréthane en injections sous-cutanées), par Hans ROTTENBILLER (*Ibidem*, 15 *mai* 1886).

I. — Les propriétés hypnogènes de l'uréthane (éther éthylique de l'acide carbonique) ont été constatées tout d'abord par Schmiedeberg et par Jolly. Otto et Kœnig ont employé ce médicament dans la division des

aliénés et des épileptiques de Dalldorf et l'ont administré à la dose de 2, 4, 6, 8 grammes. Même à ces doses, ils ont trouvé son action très incertaine dans les cas de paralysie générale avec état accentué d'excitation. Celle-ci était au contraire plus marquée dans les états de dépression peu intense et d'anxiété des épileptiques, et cela à la dose de 2 à 4 grammes. D'abord il n'est pas bon d'user de doses plus fortes à cause des symptômes désagréables qui se montrent souvent alors du côté de l'estomac. Au contraire, l'uréthane serait à recommander dans les états d'excitation des enfants idiots, et cela d'autant plus que ces derniers semblent supporter aisément d'assez fortes doses.

II. — L'auteur a employé l'uréthane sous forme d'injections sous-cutanées, les doses qu'il recommande sont de 2 à 4 grammes; ainsi administré, le médicament produit d'ordinaire un sommeil de 6 à 8 heures. Les malades s'endorment en général 15 à 30 minutes après l'injection, quelques-uns se réveillaient au bout de 2 ou 3 heures, mais se rendormaient paisiblement ensuite. Ces injections n'ont présenté aucun inconvénient, elles ne causent pas de douleur au malade. Le prix de la médication par l'uréthane est notablement moindre par la voie sous-cutanée que par la bouche. PIERRE MARIE.

HYGIÈNE

Les institutions sanitaires en Italie; Milan, Naples et Pise (*In*-4°, 1885).

Dans ce beau volume, accompagné de gravures, la Société italienne d'hygiène s'est proposé de faire connaître à l'étranger les institutions sanitaires d'Italie; et, dans ce but, elle a publié en langue française cette œuvre, résultant de la collaboration de 17 savants.

Parmi les travaux qui nous ont le plus frappés par leur importance et leur étendue, nous citerons, sans nous astreindre à un ordre régulier, les articles de Pini sur la crémation, sur les hospices maritimes et les instituts et écoles de rachitiques; celui de Corradi qui nous donne l'index bibliographique de tous les ouvrages italiens intéressant l'hygiène depuis 1872; ceux de Zucchi et de Raseri consacrés à la législation et à l'organisation sanitaires et à l'institution des médecins communaux.

D'autres articles sont affectés au service de santé militaire (Manayra); aux sociétés de secours volontaires pour les blessés (Maggiorani); à l'enseignement de l'hygiène dans les universités (Sormani); à la météorologie (Denza); aux hôpitaux, asiles d'aliénés, hospices d'enfants trouvés et crèches (Cazzani, Tamburini, Tassani et Musatti); aux sociétés de sauvetage (Galassi); à la vaccination (J. Parola et Dell'Acqua); à la statistique démographique (Bodio); à la gymnastique (Pagliani), etc. J. B.

Traité d'hygiène industrielle, par Léon POINCARÉ (*Paris*, 1886).

L'ouvrage du professeur de la faculté de Nancy fait, pour ainsi dire, suite à celui du Dr Napias, dont il est le complément en ce sens qu'il

aborde pour chaque industrie, isolément, l'étude des questions sanitaires qui s'y rattachent.

Le premier chapitre seul contient des considérations générales. Poincaré y traite tour à tour des dangers n'intéressant que la salubrité publique (fumée, résidus); des dangers intéressant à la fois la salubrité publique et l'hygiène des ouvriers (incendies, explosions, vapeurs, gaz et poussières); de ceux compromettant seulement la santé des ouvriers (accidents de machines, lumière et chaleur); enfin, des empoisonnements communs à plusieurs industries.

Avec le chapitre deuxième, embrassant les industries qui appartiennent exclusivement à la première classe des établissements insalubres, nous entrons dans l'hygiène industrielle spéciale.

Les cinq autres chapitres correspondent aux industries appartenant toujours à la seconde classe on à la troisième; à celles, dont le classement est variable ou mixte; enfin, à celles qui ne sont pas classées. Plus de deux cents figures intercalées dans le texte reproduisent les appareils et machines destinés à améliorer les conditions du travail industriel.

J. B.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France (*t. XIV, Paris,* 1885).

1° *Administration sanitaire.* — Dans le courant de 1884, l'*organisation sanitaire* en France a subi quelques modifications. Un comité de direction des services de l'hygiène a été institué, afin qu'une direction unique préside aux mesures prises contre les épidémies. D'autre part, le comité consultatif des laboratoires, qui n'avait guère qu'un an d'existence, a été supprimé, et ses attributions, relatives à la police des substances alimentaires, ont été transférées, ainsi que les questions concernant les eaux potables, au comité consultatif d'hygiène. A ce dernier conseil, on a adjoint des auditeurs pour lui venir en aide dans sa tâche considérablement accrue.

Notons enfin qu'un décret a ajouté, comme membres de droit des Conseils sanitaires du littoral, le professeur d'hygiène et le médecin des épidémies.

On trouvera également dans ce volume un rapport de *Martin* sur la réorganisation des conseils et commissions d'hygiène et de salubrité et sur la création d'un service d'inspection.

2° *Choléra.* — Outre le compte rendu de la mission *Brouardel* et *Proust* à Toulon, le *Bureau de la police sanitaire* a dressé une statistique des plus détaillées sur les décès causés par le choléra en 1884 tant en France qu'en Algérie. L'épidémie a atteint 30 départements (outre les 3 algériens) et fait 7,829 victimes du 20 juin au 10 janvier suivant. Les 5 départements qui ont compté le plus de morts sont : les Bouches-du-Rhône (2,336 dans 57 communes), le Var (1,332 dans 46 communes), la Seine (1,120), les Pyrénées-Orientales (634 dans 67 communes) et l'Hérault (411). En Algérie, il y a eu 890 décès cholériques dont 852 dans le département d'Oran. — *Grancher* a fait un rapport intéressant sur une épidémie de diarrhée cholériforme survenue à Asnières dans un asile de petites filles abandonnées. L'enquête a montré qu'il s'agissait d'une eau

polluée par les mains des vidangeurs, mais le microscope n'y a pas révélé la présence des bacilles cholériques.

3° *Couleurs toxiques.* — Sur un rapport de *Grimaux*, le comité s'est décidé à permettre l'emploi, pour les jouets d'enfants, des sels de plomb et du vermillon, à la condition que ces couleurs soient fixées par un vernis gras.

4° *Travail dans les manufactures.* — *Napias* a été chargé de préparer un projet de loi et de règlements sur la salubrité et la sécurité du travail dans les établissements industriels, manufactures, fabriques, usines, mines, chantiers et ateliers. Il y a joint l'exposition de la législation correspondante à l'étranger.

5° *Aliments.* — Signalons les rapports de *Gautier* sur le mouillage des vins, de *Grimaux* sur leur coloration avec le rouge de Bordeaux, et de *Dubrisay* sur la coloration des pâtes alimentaires avec le jaune victoria. Inutile d'ajouter que tous ces rapports concluent à l'interdiction de ces sophistications.

Des documents supplémentaires fournis sur l'épidémie de trichinose d'Emersleben, par *Brouardel*, il ressort le fait intéressant que, jusqu'à l'arrivée des délégués français, le fonctionnaire médical (Kreisphysicus) s'était opposé à toute autopsie et que pour en pratiquer une, Brouardel dut se concilier l'autorité municipale en lui versant une somme de près de 300 francs.

6° *Eaux minérales.* — Depuis 1877, Willms refait toutes les analyses des sources minérales de France : ce volume contient celles des Eaux-Chaudes, des Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Barèges, de Saint-Sauveur et du Boulou.

Vient ensuite un remarquable mémoire de *Jacquot* sur les stations d'eaux minérales de France. Elles dépassent le nombre de 1,200. 391 d'entre elles sont exploitées, dont 111 soumises à l'inspection médicale : 41 (dont 2 en Algérie) sont munies d'un périmètre de protection. Les départements qui comptent le plus de sources sont : le Puy-de-Dôme (130), les Pyrénées-Orientales (100), l'Ardèche (77), les Vosges (76), l'Ariège (66) et les Hautes-Pyrénées (64).

Celle qui a le débit le plus considérable est la source chlorurée sodique de Salins (Tarentaise), qui fournit 2,430 litres à la minute, soit un peu plus du vingtième du débit de toutes les sources exploitées en France.

29 stations ont des sources possédant une température supérieure à 45° C.

La température maximum de 81° est offerte par Chaudes-Aigues (Cantal). Jacquot estime à 123,000 le chiffre des malades qui ont fréquenté en 1881 les stations thermales françaises. L'administration des mines porte ce nombre à 221,000; mais elle s'est servie dans ses calculs des renseignements manifestement inexacts fournis par les directeurs d'établissements.

7° *Actes officiels.* — Nous mentionnerons seulement la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire et celle du 27 mars 1851 sur la répression des fraudes et falsifications. J. B.

Études d'hygiène publique, par Auguste OLLIVIER (*Paris*, 1886).

Ce petit volume est destiné à montrer la contagiosité, de plus en plus grande à Paris, de certaines maladies épidémiques, l'insuffisance des moyens hygiéniques qu'on emploie pour les combattre, et l'urgence d'une réforme à cet égard.

Pour la fièvre typhoïde, A. Ollivier démontre que la contagion hospitalière, bien que rare, n'en existe pas moins; il cite deux observations de contamination de malades par un typhique.

Pour la diphtérie, les ravages sont encore plus grands. Alors qu'il mourait 971 enfants en 1865 de cette maladie, aujourd'hui il en succombe 1,951; plus du double, tandis que la population n'a augmenté que d'un quart.

La proportion des décès, sur 100 diphtériques, reste à peu près la même: 60 à 63 0/0.

Depuis l'ouverture du pavillon d'isolement à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des enfants, la mortalité s'est un peu abaissée (57 0/0).

Pour la rougeole, la progression est la même. C'est une maladie actuellement plus fréquente et plus grave. Dans les hôpitaux, elle décime, presque à coup sûr, les enfants au-dessous de deux ans, et elle est la cause prédominante de l'effroyable mortalité des enfants assistés. Mais ici, quoique les moyens d'isolement préconisés par Ollivier soient théoriquement rationnels, nous croyons que, pratiquement, les progrès de la rougeole sont beaucoup plus difficiles à enrayer, parce qu'il est bien démontré que la rougeole est surtout contagieuse au moment de l'invasion, alors que l'éruption n'est pas encore parue et que la maladie ressemble à un catarrhe vulgaire.

Les derniers chapitres de l'ouvrage sont consacrés à la contagiosité de la tuberculose et à la manière dont elle se transmet. L'auteur met en relief le danger très grand de laisser habiter à plusieurs individus réunis une chambre unique, surtout quand il y a un tuberculeux parmi eux; il montre la virulence de l'air expiré, des sueurs, des crachats, des linges souillés par les déjections des enfants tuberculeux et insiste sur l'importance de surveiller l'alimentation, qui est souvent le véhicule de la tuberculose (lait de vaches phtisiques, viandes malsaines, etc.). H. R.

L'assainissement intérieur et extérieur de la ville de Berlin, par Alfred DURAND-CLAYE (*Revue d'hygiène et police sanitaire*, *VII*, 295).

Au 1er avril 1884, 12,235 des 19,000 maisons de Berlin envoyaient leurs matières de vidanges dans les égouts, fournissant à ces canaux un cube quotidien d'eaux de 78,617 mètres cubes. Ces eaux sont refoulées par des pompes élévatoires qui les envoient sur des champs d'irrigation comprenant 2,744 hectares, en 5 domaines différents, situés les uns au nord, les autres au sud de la ville. Les cultures sont des plus variées et on y élève un nombreux bétail.

Les eaux d'égout versées sur le sol renfermaient de $0^k,131$ à $0^k,160$ d'ammoniaque. Les eaux fournies par les drains placés dans les champs irrigués ne contiennent plus par mètre cube, comme maximum, que $0^k,0025$ d'ammoniaque et $0^k,708$ d'acide azotique au niveau des prairies, $0^k,0068$ d'ammoniaque et $0^k,199$ d'acide azotique au niveau des planches

de légumes et de cultures diverses, et 0k,0068 d'ammoniaque et 0k,157 d'acide azotique au niveau des bassins de filtration en service l'hiver.

L'analyse microscopique a appris, en outre, que les germes étaient dans les eaux drainées dans le rapport de 1 à 1,000, comparés aux germes de l'eau d'égout avant son épuration par le sol. L'état sanitaire des ouvriers employés aux irrigations et celui des populations voisines ne laissent rien à désirer. J. B.

Einiges über die Gesundheitsverhaeltnisse der Stadt Bunzlau... (**État sanitaire de Bunzlau, la ville où les irrigations à l'eau d'égout sont faites le plus anciennement**), par **ADELT** (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLV*, *p.* 130 *et* 338, *juillet et octobre* 1886).

Bunzlau est une ville industrielle de la Silésie où l'on pratique, depuis le xvie siècle, des irrigations agricoles avec les eaux d'égout. Elle contient 11,000 habitants et environ 600 maisons. Les eaux potables sont excellentes et abondantes : 260 litres par habitant, sans compter d'autres eaux servant aux services publics et à l'industrie. Les cinq sixièmes des maisons ont des fosses d'aisance fixes, le reste envoie ses matières de vidanges aux égouts. Ceux-ci ont une forte pente et reçoivent de l'eau de lavage à profusion. Il en résulte que l'eau d'égout est très peu concentrée. Les deux collecteurs, par le seul effet de la gravitation, amènent leurs eaux sur les terrains d'irrigation qui ont une surface totale de 15 hectares, plantée d'arbres fruitiers et surtout de gazon. Les terres irriguées sont à la porte de la ville, faisant même partie des jardins des habitations. Le sol irrigué est formé par une couche de sable fin ayant une épaisseur de 8 mètres en moyenne ; la nappe d'eau souterraine est à une profondeur variable de 2 à 5 mètres. Chaque parcelle est arrosée suivant un certain tour. Ces irrigations intermittentes sont continuées par les plus grands froids. Jamais on n'a observé de saturation des terres qui n'ont pas eu besoin d'être drainées.

Voici maintenant les conditions sanitaires de la population :

Relativement au développement physique, Bunzlau fournit 127,5 hommes aptes au service militaire, sur 1,000 conscrits. Tous les chiffres suivants sont la moyenne de ceux de 54 années (1830 à 1883) :

Mortalité générale : 249 par 10,000 habitants (129,1 hommes et 119,9 femmes) ; morti-natalité 20,3 ; natalité 289,2.

Comparée avec les villes allemandes de même ordre, Bunzlau a une natalité plutôt faible, une mortalité supérieure à la moyenne pour la première année d'âge (83,7) et pour la vieillesse (63,9), tandis que sa mortalité est inférieure à la moyenne pour les âges compris entre 1 et 60 ans (101,4).

Depuis 1874, la mortalité des nouveau-nés a augmenté plus rapidement que le nombre des naissances, ce qui tient à l'emploi de plus en plus général du biberon, dû lui-même à l'extension des industries qui occupent les femmes. Ainsi, en 1880, sur 100 enfants non allaités au sein, il en mourait 61 et 8 seulement sur 100 allaités ; en 1881, les chiffres correspondants étaient 64 et 8; en 1882, 57 et 2,5.

La canalisation n'a donc eu à Bunzlau aucune influence heureuse sur la mortalité des nourrissons, fait constaté également à Dantzig. De toutes les villes pourvues d'un réseau d'égouts, il n'y a que Francfort-

sur-Mein et Hambourg qui aient une faible mortalité du premier âge, ce qui s'explique sans doute par l'aisance de leur population.

Mortalité des maladies infectieuses 18,03 sur 10,000 habitants. Celle de la fièvre typhoïde entre dans le nombre pour 2,41. Depuis 1870, elle a notablement augmenté, sauf dans le quartier où existe le tout à l'égout. Cette augmentation s'explique en partie par la densité plus grande de la population.

Voici d'ailleurs un tableau intéressant montrant la répartition des décès typhoïdiques de 1863 à 1883, dans les divers quartiers de la ville.

	Densité de la population par hectare.	Mortalité annuelle moyenne par 10,000 hab.
1° Quartier ayant le tout à l'égout	340 hab.	0.48
2° Quartiers ayant des égouts et des fosses d'aisance fixes	260	2.92
3° Quartiers non dotés d'égouts	210	3.52
4° Quartiers situés au voisinage ou au milieu des terrains irrigués	150	3.63

Diphtérie. De 1865 à 1883, mortalité moyenne de 1,49, c'est-à-dire très faible relativement aux villes allemandes de même importance, où de 1878 à 1882 elle a été de 10,1 tandis qu'à Bunzlau elle ne dépassait pas 1,18. C'est encore le quartier où l'on pratique le tout à l'égout qui compte le moins de décès diphtéritiques.

La phtisie pulmonaire cause en moyenne 17,32 morts sur 10,000 habitants. Le degré d'aisance des habitants est sensiblement le même dans tous les quartiers. J. B.

De la valeur des graines du strychnos potatorum pour la clarification et la purification des eaux, par VIAUD GRAND-MARAIS (*Gaz. des hôp.*, 30 *mars* 1886).

De Ceylan au nord de l'Inde, le principal agent de purification de l'eau est la graine d'une logoniacée, le *Strychnos potatorum L.*, graine à laquelle les Hindous donnent les noms de *Tettan-cotté*, et les Anglais celui de *Clearing-nutt*.

L'emploi de cette graine est des plus simples. On en écrase deux ou trois et l'on en frotte l'intérieur d'une jarre de plusieurs litres. Au bout d'un quart d'heure, les matières terreuses, qui auraient mis plusieurs heures à se déposer, se précipitent, et l'eau est clarifiée, tout en conservant une légère teinte grise et en prenant un léger goût dû surtout à une pincée ou deux de sel, ajoutées à la fin de l'opération.

Comment agit le Tettan-cotté? La graine à frotter n'a point d'amertume et ne renferme aucun alcaloïde vénéneux.

Au contact de l'eau ses cellules se gonflent considérablement. Il s'y produit des mouvements osmotiques, par lesquels leur contenu se répand à l'extérieur, sous forme d'un mucilage qui entraîne au fond du vase les substances suspendues. C'est en somme, une simple clarification et fort incomplète. A. C.

I. — Ueber die Wirksamkeit der königl. Preuss. Impf.-Institute im Jahre 1883 (Statistique officielle sur l'activité des instituts de vaccin en Prusse), par Hermann EULENBERG (*Viertelj. f. gericht, Med. XLII, p.* 120..)

II. — Ueber die Wirksamkeit... im Jahre 1884, par EULENBERG (*Idem XLIII, p.* 144).

III. — Ueber die Wirsamkeit... im Jahre 1885, par EULENBERG (*Idem XLV, p.* 388, *octobre* 1886).

IV. — Neue Methode der Conservirung der animalischen Vaccine, par VOIGT (*Soc. méd. de Hambourg,* 10 *mars* 1886).

V. — Zur Conservirung der animalen Lymphe (De la conservation du vaccin animal), par SCHENK (*Berliner klinische Wochens., n°* 17, *p.* 267, 27 *avril* 1885).

VI. — Zur animalen Vaccination, par RISEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLIV* 348, *avril* 1886).

VII. — Eine Modification der Reissner'schen Methode (Modification de la méthode de Reisner pour la récolte du vaccin animal), par F.-A. SCHMIDT et S. WOLFFBERG (*Berlin. klin. Woch., n°* 21, *p.* 335. 24 *mai* 1886).

I. — En 1883, quatre seulement (Berlin, Halle, Kiel et Cassel) des douze Instituts prussiens ont fait quelques expériences avec le vaccin animal; tous les autres ont pratiqué leurs opérations exclusivement avec le vaccin jennérien.

Des expériences faites dans les Instituts de Berlin et de Kiel, il résulte que le vaccin animal conservé à l'état sec a des effets plus certains et plus durables que celui qu'on a conservé liquide en l'additionnant de glycérine.

D'ailleurs, la plupart des médecins ne paraissent pas savoir employer avec fruit le vaccin animal.

II. — L'Institut de Kœnigsberg a eu plusieurs occasions de reconnaître que les pustules vaccinales se développent moins bien pendant l'hiver.

A l'Institut de Berlin, on inocule de bras à bras en pratiquant de chaque côté, avec une lancette, 3 ou 4 incisions superficielles, horizontales, longues de 1/2 à 3/4 de centimètre. Chez les personnes qu'on revaccine, afin d'éviter une inflammation trop vive, on en fait seulement au bras gauche, 4 disposées verticalement et suffisamment éloignées les uns des autres. Tous les enfants qu'on va vacciner sont soumis à un examen soigneux, et les parents des scrofuleux et des rachitiques sont avertis des suites possibles de l'opération, s'ils ne prennent pas tous les soins de propreté et les précautions nécessaires. En 1883, sur les 2,571 enfants amenés à l'Institut berlinois, 445 furent trouvés atteints de scrofule, 279 de rachitisme et 2 de syphilis; en 1884, sur 2,516 enfants, les chiffres correspondants ont été de 453,215 et 2.

A l'Institut de Breslau, Stern a essayé, à l'imitation de Quist (*R. S. M.,* XXV, 621), de cultiver artificiellement le vaccin; mais il a préparé ses solutions sans albumine et les a stérilisées en les chauffant à 150° C. Il ajoutait ensuite goutte à goutte du blanc d'œuf et plongeait dans ce liquide nourricier des fragments de pustules vaccinales, conservées soit à l'état sec, soit dans une liqueur à 0,6 0/0 de chlorure sodique. Les

cultures séjournaient 5 jours dans l'étuve à une température de 20° C. Dans 5 des 6 tubes, il se forma à la surface du liquide une frêle pellicule qui fut inoculée sur de la gélatine nourricière. Dans un tube seulement, il se développa une abondante végétation de microcoques.

Avec la première et la seconde culture de ce vaccin artificiel, Stern a inoculé 8 enfants sur l'un des bras sans aucun succès, tandis que l'inoculation simultanée de l'autre bras avec le vaccin jennérien a toujours été fructueuse.

A l'Institut de Halle, Risel a fait en grand des expériences avec le vaccin animal et les résultats de cette première année ont été très satisfaisants. Sur 8,717 enfants vaccinés pour la première fois, on a obtenu des résultats positifs sur 8,331, ce qui donne une proportion de 95,57 0/0 de succès, quant aux personnes, et de 77 0/0 relativement au nombre des incisions. Sur 7,100 individus revaccinés, 6,174 l'ont été avec succès, soit une proportion de 86,95 0/0 pour les personnes et 61,79 0/0 pour les incisions. Aussi Risel conclut-il qu'à l'état frais le vaccin animal, même pour les revaccinations, n'est nullement inférieur à l'inoculation de bras à bras, s'il ne lui est même pas supérieur. (*R. S. M.*, XXVII, 111.)

III. — En 1885, seul l'Institut de Halle a cultivé le vaccin animal et s'en est servi exclusivement; de tous les autres Instituts, il n'y a qu'à Berlin où l'on n'ait pas uniquement employé le vaccin humanisé, qui est inoculé le plus souvent pur, parfois additionné de glycérine ou même de thymol à Stettin.

J. B.

IV. — L'auteur emploie une méthode qui se rapproche de celle des médecins de Milan.

Il gratte la pustule en masse et en mélange le produit à une goutte de glycérine de façon à obtenir une fine émulsion qu'il enferme entre deux plaques de verre soudées à la paraffine. L'auteur a obtenu de si bons résultats avec ce vaccin qu'il a renoncé au vaccin humain. On peut le conserver longtemps et l'expédier facilement, mais il ne peut pénétrer dans les tubes capillaires.

L'auteur croit qu'il y a lieu d'utiliser tous les éléments de la pustule au lieu de se contenter du liquide, comme quand on vaccine de bras à bras.

L. GALLIARD.

V. — Comme liquide conservateur, Schenk se sert aussi bien pour le vaccin animal que pour le vaccin humain, d'un mélange à parties égales de glycérine et de sulfate de soude.

A l'Institut de vaccin animal, que le grand-duché de Bade possède à Pforzheim, les vaccinations s'opèrent avec une pâte, résultat de la trituration de la totalité du bouton avec le mélange conservateur de Schenk. Voici les résultats obtenus. En 1883, 923 vaccinations de petits enfants ont fourni 96 0/0 de succès et 803 revaccinations d'écoliers de 12 ans en ont donné 91. En 1884, 1,367 vaccinations de jeunes enfants ont compté 97 0/0 de succès et 296 revaccinations d'écoliers 94.

Ce vaccin conservé garde toute son efficacité durant 4 semaines.

J. B.

VI. — Voici les résultats de l'expérience acquise par Risel dans ses fonctions de directeur de l'Institut vaccinal de l'État à Halle.

Comme procédé de récolte du vaccin sur la génisse, celui de Reissner est le plus simple et le plus commode. Après avoir bien tendu les tégu-

ments, on gratte les boutons avec une cuiller tranchante et l'on détache d'un coup toute la matière active.

Comme moyen de conservation, Risel emploie la glycérine en formant avec le tissu de la pustule une fine émulsion, parfaitement homogène et de consistance sirupeuse.

L'addition de substances antiseptiques, quelles qu'elles soient, à la glycérine, est inutile et même nuisible. En effet, le thymol, l'acide phénique, l'acide salicylique, l'acide borique, etc., n'ont d'autre action que d'atténuer les phénomènes inflammatoires de la vaccine et d'en accélérer l'évolution, et cela évidemment en affaiblissant l'action du vaccin, c'est-à-dire en diminuant sa vertu prophylactique.

Quant au mode d'insertion, il doit être tout différent de celui qui réussit avec le vaccin humanisé. Il faut, avec une lancette mousse, faire des scarifications superficielles, non saignantes, linéaires, en raclant les téguments plutôt qu'en les coupant.

On trouvera dans le travail de Risel des statistiques montrant, qu'avec des soins convenables, les vaccinations et revaccinations animales donnent autant de durées que les inoculations jennériennes. J. B.

VII. — Comme Reissner, les auteurs cultivent la rétrovaccine qu'ils dessèchent et réduisent en poudre pour la conserver; mais, afin d'en faciliter l'emploi par petites quantités, c'est-à-dire en dehors des vaccinations en masse, ils y ajoutent de la dextrine pulvérisée. Ils obtiennent ainsi de chaque veau 15 grammes de matière vaccinale, qu'on humecte avec de l'eau stérilisée au moment de s'en servir après l'avoir conservée à l'état sec dans des tubes capillaires d'une capacité de 5 à 15 centigrammes qu'on ferme à la lampe. Ce vaccin garde au moins 6 mois toute son efficacité; le contenu d'un tube de 5 centigrammes suffit pour 4 vaccinations. J. B.

Ueber den Keimgehalt der Luft im stædtischen Krankenhause Moabit in Berlin (Richesse en microorganismes de l'atmosphère des salles d'un hôpital berlinois), par H. NEUMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, *nouv. série*, *XLV*, 310, *octobre* 1886).

Au moyen des cultures sur la gélatine et du procédé de dosage de Hesse (dont il ne se dissimule pas les points faibles), Neumann a recherché le nombre de germes susceptibles de se développer dans 10 litres de l'air recueilli dans quelques salles de l'hôpital Moabit.

Il a groupé dans des tableaux synoptiques les résultats de ses 35 expériences, toutes faites en hiver. En voici quelques extraits :

Le nombre absolu des colonies ne diffère pas essentiellement dans les couches atmosphériques prises à différentes hauteurs des salles.

L'accès de l'air frais du dehors, pendant la nuit, n'exerce pas d'influence notable.

Les germes de bactéries (spécialement les microcoques) prédominent sur les spores cryptogamiques. Toutes les causes capables de soulever la poussière des salles (balayage, circulation des personnes, etc.) augmentent le nombre des colonies.

Voici, en prenant pour types deux salles de maladies graves, l'une d'hommes, l'autre de femmes, les oscillations que présente, durant les 24 heures la teneur en germes de l'atmosphère. A la hauteur de 1^m 40,

entre 6 heures et demie et 8 heures du matin, peu après le balayage et la toilette des malades, qui sont en partie levés pour déjeuner, on trouve dans 10 litres d'air de 80 à 140 colonies; vers 9 heures du matin, ce chiffre tombe à 68; entre 10 heures et midi, c'est-à-dire avant, pendant et après la visite, il varie entre 22 et 42; entre le repas de midi et le goûter, il est de 20. Enfin, déjà 1 heure et demie ou 2 heures après que les malades sont couchés (8 h. soir), l'air ne renferme plus que de 4 à 13 colonies, c'est-à-dire qu'il a atteint sensiblement le degré de pureté d'une salle de malades vide.

La chambre de l'auteur, à l'hôpital, qui avait été balayée le matin et était restée vide dès lors, contenait, à 2 heures de l'après-midi, 10 colonies (7 bactéries, 3 mucédinées) dans l'air recueilli à hauteur d'homme.

Une salle renfermant 6 enfants diphtéritiques renfermait à midi 11 colonies à la hauteur de 1m, 40 et 31 colonies (19 bactéries, 12 mucédinées) à la hauteur de 2m, 20. J. B.

I. — Ueber lokale Gewerbe-Argyrie (Argyrie professionnelle localisée), par Georg LEWIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 417, 28 *juin* 1886, *et n°* 27, p. 437, 5 *juillet*).

II. — Ueber das Vorkommen von metallischen Silber in der Haut von Silberarbeitern (De l'argent métallique dans la peau des ouvriers argentiers), par BLASCHKO (*Monatshefte für prakt. Dermat.*, *n°* 5, *p.* 197, 1886).

I. — Les ouvriers en argent, tout spécialement les découpeurs, soudeurs, polisseurs, etc., sont sujets à une argyrie localisée qui occupe de préférence la main gauche et qui persiste de longues années après la cessation du métier.

Ce sont des taches variant du bleu clair au bleu le plus foncé, de forme généralement arrondie, ayant depuis les dimensions d'une lentille jusqu'à un centimètre et demi. Elles sont complètement indolores et se dissolvent en présence du cyanure de potassium et de l'acide nitrique.

Olivier (*Gaz. médic. de Paris*, 1872, p. 236) a signalé cette argyrie chez une polisseuse qui faisait son métier depuis 50 ans. Chez les polisseuses berlinoises, Lewin ne l'a pas constatée.

Lewin a soumis au microscope un morceau de peau excisée. La couche cornée et le réseau de Malpighi étaient normaux ; c'était le chorion qui était le siège des lésions. Les corps des papilles avaient conservé leurs formes, mais paraissaient boursouflés et de couleur jaunâtre. La ligne qui les délimitait du rété était semée de petits granules d'argent qui, par des traînées souvent à peine sensibles, aboutissaient à des séries de même nature s'entrecroisant et se ramifiant dans le parenchyme papillaire, tandis que dans le tissu conjonctif, tout en s'anastomosant, elles formaient des lignes à peu près horizontales. Au sein des taches paraissant les plus récentes, on distinguait de petits amas de particules argentines plus volumineuses, telles sans doute que celles qui viennent de pénétrer dans la peau, et qui par-ci par-là étaient entourées de matière colorante du sang.

Lewin pense que cette imprégnation d'argent démontre l'existence dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un système de canaux nourriciers composé de fibres élastiques creuses.

Chez un ouvrier chargé de la préparation des crayons de nitrate d'argent, Lewin a vu une argyrie universelle.

De plus, chez 3 ouvriers syphilitiques, les injections sous-cutanées de sublimé ont augmenté le nombre des taches argentines, fait curieux mais inexplicable.

Les granulations argentines constatées dans la peau sont le résultat de la réduction d'un sel d'argent soluble, chlorure ou albuminate, car elles se distinguent des parcelles d'argent métallique par leur extrême petitesse (un globule blanc en contiendrait plus de 30), par leur forme toujours la même et par leur réfringence.

Les expériences de Lewin, sur des lapins et des hommes, lui ont montré qu'une longue période est nécessaire à cette transformation, ce qui explique l'ignorance des ouvriers sur la nature de leurs lésions cutanées.

Comment s'opère la réduction dans l'économie? En s'appuyant sur des expériences qui montrent que l'albuminate d'argent ne reste en solution dans le sang alcalin qu'en présence d'un excès d'albumine, Lewin propose l'hypothèse suivante : cette réduction du sel d'argent s'effectue surtout dans les organes ayant une sécrétion pauvre en albumine, tels que les glomérules des reins, les plexus choroïdes, les glandes sudoripares et sébacées.

Mais une oxydation préalable de l'argent est nécessaire avant sa transformation en chlorure ou albuminate. Cette oxydation doit se faire au sein de la peau, car elle n'est pas antérieure à la pénétration de l'argent. En effet, les expériences de Lewin lui ont appris qu'on ne peut l'expliquer ni par l'action de l'huile dont les ouvriers graissent leur burin, ni par celle de la transpiration des mains. J. B.

II. — Chez les ouvriers qui travaillent l'argent (à la lime, à la scie, à la meule), la peau des parties découvertes, des mains, de la face, de la poitrine, présente des taches bleu foncé, grandes comme des têtes d'épingles ou des grains de chènevis, taches permanentes et indestructibles. La matière colorante existe, non pas dans l'épiderme, mais dans la couche superficielle du derme.

Quand on fait des coupes transversales de la peau au niveau de ces taches, on voit au centre un ou plusieurs petits fragments d'argent, puis autour d'eux des blocs noirs dont l'auteur n'a pas déterminé la nature exacte et qui sont entourés d'une capsule conjonctive. Plus loin du centre, on trouve entre les faisceaux du tissu conjonctif un réseau dont les travées noires ou brunâtres semblent du premier abord constituées par des lymphatiques bourrés de particules métalliques. L'auteur s'est convaincu qu'il était formé en réalité par le fin réseau élastique décrit par Balzer; les fibrilles élastiques porteraient de petits grains d'argent. Le tissu conjonctif est coloré en violet ou en brun.

On ne peut admettre que les dépôts d'argent de la peau proviennent des vaisseaux après absorption des poussières par le poumon ou l'intestin. Il s'agit certainement d'une pénétration directe des fragments métalliques par effraction de l'épiderme. L. GALLIARD.

Hatters Consumption (La phtisie des chapeliers), par J. STICKLER (*New York med. Journ.*, p. 598, 1886).

Travail intéressant d'hygiène professionnelle, basé sur de nombreux

relevés statistiques, et dont les conclusions sont les suivantes : La phtisie pulmonaire est remarquablement fréquente chez les ouvriers chapeliers. La plus grande mortalité (82 0/0 des cas rapportés) frappe les ouvriers « finisseurs », ce qui est dû à l'irritation mécanique des poumons par les poils et les poussières qui remplissent l'air des chambres de « finissage » et de « ponçage ». Ces inhalations irritantes hâtent les progrès de la tuberculose héréditaire ou acquise, et leur suppression peut seule prévenir ou interrompre la maladie. La mortalité maximum se produit de très bonne heure, entre 20 et 30 ans. A. CHAUFFARD.

Recherches expérimentales sur les parfums artificiels employés par les confiseurs et les liquoristes, par L. POINCARÉ et VALLOIS (*Ann. d'hyg. publiq. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIII*, 112).

Les confiseurs et liquoristes emploient, dans la confection de leurs produits, sous la dénomination de parfums artificiels, des éthers chimiquement constitués par le valérate d'oxyde d'amyle, l'acétate d'amyle, le butyrate d'éthyle, l'alcool caprylique, etc., qui communiquent à ces produits l'odeur et la saveur de la pomme, de la poire, de l'ananas, de la fraise, etc.

Les auteurs ont expérimenté sur des cobayes et des chiens l'action de ces diverses substances. Ils concluent que la quantité de parfum nécessaire pour déterminer des accidents est telle qu'on ne saurait redouter les effets de la quantité infinitésimale qu'en renferme chaque unité alimentaire. J. B.

Recherches expérimentales sur les couleurs d'aniline. Dangers de leur fabrication et de leur emploi, par L. POINCARÉ (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIV*, 21).

Poincaré a expérimenté sur des produits d'une pureté absolue et essayés au préalable avec l'appareil de Marsh. Les substances qui ont déterminé la mort chez les animaux sont : la safranine, le violet d'Hoffmann, la paratoluidine, l'acétanilide, le violet, l'acide phtalique, l'acide picrique, la diphénylamine, l'orthotoluidine, la naphtylamine, la binitrobenzine, le binitrotoluène, la résorcine, la fuchsine, le vert, toutes d'une manière constante ; la chrysoïdine dans la moitié des cas ; la diméthylaniline en injections sous-cutanées, mais pas en inhalations ; le toluène, en injections et en inhalations sous la cloche mais non dans une caisse ventilée. C'est la binitrobenzine qui tue le plus vite et le violet d'Hoffmann le plus lentement.

Deux autres substances, l'anthracène et le ponceau ont déterminé des troubles apparents.

Poincaré n'a jamais noté d'abaissement très marqué de la température. Il y a une grande analogie dans les symptômes produits par ces diverses substances. Les troubles les plus constants sont ceux de la motilité. La perte progressive du mouvement est surtout très marquée avec l'acétanilide, la diphénylamine, la safranine, l'anthracène, la diméthylaniline, le violet d'Hoffmann et le ponceau.

La parésie n'a fait défaut qu'avec l'orthotoluidine et le toluène ; ce dernier produit détermine même une grande exaltation de l'activité et de la puissance motrice.

Un symptôme presque aussi fréquent que la parésie est la dyspnée, qui a été prononcée surtout avec l'acide phtalique, la fuchsine, la safranine, le toluène et le violet d'Hoffmann.

Les dérivés d'aniline altèrent rarement d'une façon appréciable les éléments histologiques.

Ils semblent déterminer la mort en altérant la composition du sang, en provoquant en même temps des troubles de la vascularisation et peut-être aussi par une action dynamique.

Les troubles de la vascularisation consistent en congestions et épanchements sanguins occupant, par ordre de fréquence décroissante : le poumon, l'encéphale, le rein et le foie.

Conclusions pratiques :

(A) Au point de vue des consommateurs :

1° L'emploi des couleurs d'aniline désignées plus haut comme toxiques, dans la teinture des jouets, des aliments, des vins et des liqueurs, doit être interdit, d'autant plus que, dans le commerce, elles ne sont jamais aussi pures et qu'elles peuvent joindre à leur action propre celle de l'arsenic, du mercure ou du plomb.

2° Les seules qui peuvent être tolérées sont le bleu, le jaune, l'orangé, le cachou, le brun, l'indigo de Java, le bleu de méthyle, la chrysoïne, l'éosine, la rosa, la rocelline, la méthyléosine et l'érythrose, à la condition qu'elles ne renferment pas d'arsenic.

(B) Au point de vue des ouvriers :

1° Afficher, dans tous les ateliers de couleurs d'aniline, la liste des substances qui peuvent nuire.

2° Le travail doit se faire dans des cages vitrées avec tuyau de dégagement. J. B.

I. — Ueber die Vergiftungen durch Miesmuscheln in Wilhelmshaven (Les empoisonnements par les moules à Wilhelmshaven), par Rudolf VIRCHOW (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p.* 782, 30 *novembre* 1885 ; *n°* 3, *p.* 45, 18 *janvier* 1886, *et n°* 7, *p.* 113, 15 *février* 1886).

II. — Même sujet, par SALKOWSKI (*Ibidem, n°* 50, *p.* 833, 14 *décembre* 1885).

III. — Même sujet, par Max WOLFF (*Ibidem, n°* 1, *p.* 11, 4 *janvier* 1886).

IV. — Die Wilhelmshavener Giftmuschel, par Carl LOHMEYER (*Ibidem, n°* 11, *p.* 167, 15 *mars* 1886).

V. — Die Ausdehnung des Gebietes der giftigen Miesmuscheln und der sonstigen Seethiere in Wilhelmshaven (Habitat des moules et autres animaux marins toxiques à Wilhelmshaven), par M. WOLFF (*Berlin. klin. Woch., n°* 18, *p.* 292, 3 *mai* 1886).

VI. — Même sujet, par L. LEWIN (*Ibidem, n°* 19, *p.* 313, 10 *mai* 1886).

I. — Le 17 octobre 1885, des ouvriers de l'arsenal de Wilhelmshaven ayant enlevé les moules attachées à la coque de deux vaisseaux en bois mouillés dans le port, les mangèrent. Le jour même, 19 d'entre eux furent pris d'accidents auxquels 4 succombèrent ; 10 des autres ouvriers furent gravement malades. Les symptômes furent les mêmes dans tous les cas, mais ils débutèrent plus ou moins vite, suivant la quantité de moules ingérées. Les malades éprouvèrent d'abord un sentiment de constriction de la gorge, de la bouche et des lèvres ; ils avaient les dents agacées comme

s'ils avaient mangé une pomme acide. Ils ressentaient des picotements et de l'ardeur dans les mains et plus tard dans les pieds. Ils avaient des étourdissements sans céphalalgie. Ils étaient en proie à une excitation psychique analogue à la gaieté alcoolique et avaient un besoin incessant de mouvement. Leur température n'était pas augmentée; leur pouls, dur, battait de 80 à 90 fois par minute; leurs pupilles dilatées étaient insensibles aux excitations, mais ils n'offraient aucun trouble visuel.

Plus tard apparurent de violentes nausées et des vomissements, sans coliques ni diarrhée. Il y eut un refroidissement appréciable de la totalité du corps, une sensation de suffocation, enfin un sommeil calme, sans delire.

Une fois, la mort survint trois quarts d'heure après le repas et passa complètement inaperçue de l'entourage du malade. Deux autres ouvriers succombèrent, l'un au bout de 3 heures 1/2, et l'autre au bout de 5 heures.

L'ingestion de 5 ou 6 moules seulement a suffi pour entraîner de graves accidents.

La seule autopsie pratiquée a montré les lésions suivantes : rigidité cadavérique considérable et persistante. Inflammation de la partie supérieure de l'intestin attestée par de l'hyperémie, du gonflement, de l'hypersécrétion et de la tuméfaction des follicules. Rate énormément hypertrophiée (20 centimètres de longueur, 12 de large et 4 d'épaisseur), sans diffluence. Le foie présente un pointillé universel formant des plaques. Les reins et l'encéphale sont congestionnés. Le sang, noir et poisseux, devenait rouge à l'air et reprenait sa coloration noire dès qu'on le tenait à l'abri de l'air.

Les coquilles des moules toxiques étaient plus claires et plus striées que celles des moules recueillies en pleine mer. Les moules vénéneuses vivantes avaient une odeur écœurante que Schmidtmann (qui a fourni la relation de l'empoisonnement) compare à celle de l'odeur fade, douceâtre du bouillon et Virchow à celle d'une boîte de sardines en train de se gâter, au moment où on l'ouvre. La chair de ces moules était jaunâtre. Mais le professeur Schulze, consulté par Virchow, n'attache aucune valeur à ces différences pour lui purement accidentelles, bien qu'elles se soient montrées constantes dans divers envois successifs venant de lieux différents.

A Wilhelmshaven, on avait jeté une partie de ces moules. Les volailles et les chats qui les mangèrent furent tous malades. Virchow en a donné 6 ou 7 à un chien qui succomba très rapidement. Un chat eut de sérieux accidents pour avoir simplement léché l'assiette qui en contenait des cuites.

Comme l'extrait alcoolique est très actif, il est indubitable qu'on se trouve en présence d'un poison chimique et non d'un micro-organisme. Schmidtmann le range parmi les ptomaïnes; mais Virchow trouve que c'est trop étendre le sens de ce mot, réservé jusqu'ici aux substances produites par l'altération putride des tissus animaux; or ces moules n'offraient aucune trace de putréfaction.

Schmidtmann croit aussi avoir trouvé un bacille spécial, tandis que Virchow moins heureux a rencontré une infinité de bactéries, de toutes les espèces possibles, aussi bien dans les moules que chez l'homme qui a succombé; en particulier, un diplocoque dans la rate, probablement accidentel comme les autres micro-organismes. D'ailleurs tous les essais de cultures artificielles, faits sur une grande échelle par Grawitz et Wolff, sont demeurés négatifs.

Deux mois plus tard, Virchow vint annoncer que les moules tenues dans

l'aquarium depuis sa première communication avaient perdu leurs propriétés toxiques même dans le foie. Il s'était produit conjointement des modifications dans la texture de cet organe, indiquant une diminution des éléments graisseux et du pigment.

II. — Avec 100 grammes de chair de ces moules, Salkowski a préparé deux extraits alcooliques, un extrait alcoolique additionné d'acide chlorhydrique et un extrait aqueux. Tous quatre sont très toxiques, surtout pour les lapins qui succombent toujours. Mais l'extrait alcoolique n° 1 est de beaucoup le plus énergique : moins de 2 centimètres cubes tuent un lapin de 1 kilo. Les grenouilles sont moins susceptibles à des doses moitié moindres.

Les phénomènes d'empoisonnement rappellent beaucoup ceux du curare, surtout chez les animaux à sang froid. Le cœur est l'ultimum moriens; la respiration artificielle entretient la vie des lapins.

Un fait très remarquable au point de vue chimique, c'est qu'il suffit d'ajouter quelques gouttes d'une solution de carbonate de soude et d'évaporer les extraits au bain-marie pour les rendre inertes. En revanche, l'ébullition sans addition de carbonate de soude ne détruit pas leur virulence. Il s'agit donc d'un alcaloïde volatil que Salkowski n'a pas réussi à isoler parce qu'il ne contracte pas de combinaisons insolubles avec le platine. Les moules elles-mêmes, cuites pendant 10 minutes avec du carbonate de soude, avaient perdu leurs propriétés toxiques. Il y a peut-être là un intérêt pratique ; reste à savoir la quantité de carbonate et la durée de cuisson qui seraient nécessaires.

III. — Wolff a recherché si le poison des moules était localisé dans quelqu'un de leurs organes, ou bien si l'animal entier était vénéneux. Dans une première série d'expériences grossières, il s'est borné à séparer les portions noirâtres, grises ou brunâtres, des jaunes, jaunâtres ou blanches. Seuls les animaux auxquels il a pratiqué des injections avec les premières ont succombé, tandis que les autres n'offraient aucun phénomène d'empoisonnement. Après ces expériences préparatoires, il a expérimenté séparément chaque organe après l'avoir isolé de ses connexions. Il a trouvé ainsi que le foie seul était toxique pour les lapins et les cobayes. De là la conséquence pratique que, si l'on n'exclut pas complètement les moules de la consommation, il faut en tout cas ne pas manger le foie.

IV. — Lohmeyer a examiné comparativement les moules toxiques de Wilhelmshaven et la moule comestible commune, bleue, indigène sur les îles et les côtes de la péninsule de la Frise orientale et dans la Jade. Cet examen l'a convaincu que les premières sont une variété étrangère facile à distinguer, que les vaisseaux allemands ramènent sans doute d'Angleterre fixée sur leur coque ; c'est ce que Pennant a appelé la variété *pellucidus*. Kobelt, qui est une autorité en conchyliologie, est du même avis que Lohmeyer, et cela contrairement à Fr. Eilhardt, von Martens et Schultze.

Les moules (adultes) des docks de Wilhelmshaven ont des dimensions plus considérables en tous diamètres ; elles sont relativement plus larges. Leur bord antérieur, au lieu d'être rectiligne, offre deux échancrures. Leur coquille est plus fragile, plus légère et revêtue d'une pellicule brillante, lisse, d'apparence chitineuse ou cornée ; elle a des stries rayon-

nantes et concentriques et est toujours transparente. La chair de l'animal, rouge orangé, est de même couleur pour les deux sexes, tandis que, dans les moules comestibles communes, les deux sexes sont colorés diversement, les mâles étant blancs ou d'un gris sale, les femelles d'un jaune crémeux un peu rougeâtre. Enfin ces moules ont une odeur très forte, repoussante qui n'est appréciable que pendant quelques jours.

Le mytilus edulis, var. pellucidus, vit dans les eaux calmes; d'où sa coquille moins résistante. Partout on le retrouve dans les eaux salées stagnantes d'Angleterre, d'Irlande, d'Écosse et de l'Amérique du Nord.

Lohmeyer croit que cette variété de moule, comme la commune, n'est toxique qu'occasionnellement. Schmidtmann, en effet, en a trouvé dans l'avant-port qui n'étaient pas vénéneuses, tandis qu'elles le deviennent après un séjour d'une quinzaine dans les docks ; or il n'y avait aucune différence extérieure entre les unes et les autres. En Angleterre, on rejette ces moules striées de la consommation. Crumpe (*R. S. M.*, I, 279) a aussi mentionné l'existence, sur les côtes irlandaises, d'une moule toxique plus grosse que la moule comestible et de couleur orange foncé. D'autre part, les marins ont pour règle de ne jamais manger de moules vivant dans l'eau immobile des docks, ports, etc.

V. — Wolff a constaté que les étoiles de mer, à Wilhelmshaven, sont toxiques et produisent tout à fait les mêmes symptômes que les moules. Leur habitat est d'ailleurs le même et la toxicité des astéries est d'autant plus grande que l'eau est plus stagnante, c'est-à-dire qu'elle atteint son maximum à l'ouest du port qui n'est pourtant pas pollué par des matières d'égout ou de vidange. Il est remarquable aussi que, cet hiver, la toxicité des moules est bien moindre que l'automne dernier. Mais, au fur et à mesure que les propriétés vénéneuses diminuent, elles ne restent plus cantonnées au foie et s'étendent aux parties molles de l'animal. Le poison déposé ou formé dans le foie est donc lancé dans la circulation; mais les extraits du foie restent toujours plus actifs que ceux préparés avec les parties molles.

Wolff a eu soin de s'assurer que l'eau stagnante dans laquelle séjournent les moules et étoiles de mer à Wilhelmshaven n'est pas toxique. La strychnine s'est montrée impuissante à combattre les paralysies de l'empoisonnement.

VI. — Lewin rappelle que l'intoxication par les moules fixe l'attention depuis 1690, et depuis lors on n'a guère acquis de connaissances nouvelles sur la nature de leur poison qui demeure toujours mystérieuse. Dans leurs relations de voyage, Vancouver, Forster et autres citent des empoisonnements occasionnés par l'ingestion d'animaux marins recueillis en eau calme ou stagnante.

Quant à l'influence saisonnière, déjà de Beunie et du Rondeau (*Comptes rendus Acad. Belgique*, 1780) ont indiqué que les moules ne sont dangereuses que de mai à septembre, et de Beunie incrimine à cet égard le frai de l'étoile de mer mangé par les moules.

Lewin croit peu à la localisation exclusive du poison des moules dans leur foie, car le fait est sans exemple parmi les toxiques organiques. A quoi Wolff répond que, chez l'esturgeon et chez divers squales, le poison est bien localisé dans le foie.

Relativement à la nature du toxique contenu dans les moules et dans

différentes substances comestibles, Lewin n'est guère disposé à admettre une ptomaïne, car il n'en existe que des traces dans les quantités consommées. Ainsi un fromage de 16 kilos accusé d'être toxique n'a fourni que de 0gr, 1 à 0gr, 5 de substance active. Il en est de même dans l'empoisonnement par les saucisses. J. B.

I. — La question des morues rouges. Étude d'hygiène alimentaire, par Émile MAURIAC (*Bordeaux*, 1886).

II. — Recherches sur les accidents que provoque la morue altérée, par BÉRENGER-FÉRAUD (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIV*, 331, 427 *et* 516).

I. — Les faits d'intoxication occasionnés par l'ingestion de morues altérées (*gadinisme*) sont extrêmement rares, eu égard à l'énorme consommation qu'on fait de ce poisson dans le monde entier. Ces accidents exceptionnels doivent être attribués à un commencement de putréfaction qui se produit à la fois par l'odeur et par la friabilité de la chair.

La coloration rouge que présentent souvent ces poissons, soit à l'état vert, soit à l'état sec, dans certaines conditions de température et de milieu, n'est pas un indice de leur nocivité, puisque, d'une part, il est notoire que la morue rouge a été consommée de tout temps par les populations sans inconvénient, et que d'autre part on a pu nourrir des chiens et des chats pendant plusieurs jours de suite avec de la morue crue, fortement colorée en rouge, sans provoquer chez eux le moindre accident. On peut donc manger sans crainte toute morue qui a conservé son odeur normale et sa consistance ferme, quelle que soit d'ailleurs sa coloration.

Le rouge de la morue est constitué par une végétation cryptogamique qui, pour les uns, est un champignon et, pour les autres, une algue. Ce cryptogame qui se développe indifféremment sur des morues avariées ou sur des morues saines, paraît être favorisé d'une manière toute spéciale par la salaison et spécialement par la provenance du sel employé.

Le principe toxique des morues avariées a été isolé ; c'est une ptomaïne. Contrairement à Bérenger-Féraud, Mauriac ne croit pas qu'il soit identique à celui, beaucoup plus actif, qui occasionne les accidents si différents et généralement si graves du botulisme.

La circulaire ministérielle du 31 décembre 1885 interdisant en bloc la vente de la morue rouge, qui est absolument inoffensive quand elle n'est pas en même temps corrompue, est injustifiable au point de vue de l'hygiène, et cause du préjudice à une branche importante du commerce national. J. B.

II. — L'intoxication par la morue avariée est généralement bénigne et a les allures de la cholérine, du choléra nostras, ou d'une très violente indigestion, c'est-à-dire qu'elle se traduit par des phénomènes d'irritation gastro-intestinale. Au contraire le botulisme, beaucoup plus grave, est caractérisé par des troubles paralytiques. Bérenger-Féraud croit cependant qu'il s'agit, dans les deux cas, du même poison à un degré d'activité différent. En effet, dans l'empoisonnement par la morue, l'action topique, irritation sur le tube digestif, est telle qu'il y a une violente révolte de l'organisme aboutissant à une superpurgation sans absorption

de poison. Dans le botulisme au contraire, la révolte digestive initiale est moindre et, l'absorption se faisant plus complètement, il y a production d'accidents fréquemment mortels.

Dans l'empoisonnement par la morue, la gravité des symptômes est généralement en rapport direct avec leur préocité d'apparition, à moins que des vomissements immédiats n'aient éliminé la plus grande masse de l'aliment toxique.

L'ingestion de grandes quantités d'eau paraît avoir pour effet d'atténuer les troubles morbides.

Le champignon de la morue rouge ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans l'intoxication ; il n'est pas vénéneux par lui-même, mais probablement il hâte la décomposition putride de la chair, véritable cause des accidents.

Le traitement des accidents dus à la morue est celui de fortes indigestions et de la cholérine.

Un dessalement soigneux, dans une grande quantité d'eau plusieurs fois renouvelée et une cuisson complète sont deux moyens propres à rendre la chair de morue inoffensive quand la putréfaction n'en est pas encore trop avancée.

En effet, ce n'est guère que par l'insuffisante préparation culinaire qu'on s'explique pourquoi les faits d'empoisonnement s'observent presque exclusivement dans la vie militaire. J. B.

I. — Ueber die im Jahre 1883 in Preussen auf Trichinen und Finnen untersuchten Schweine. Nach amtlichen Quellen erstattet, par Hermann EULENBERG (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLII*, *p.* 131).

II. — Ueber die im Jahre 1884... (Documents statistiques officiels sur les porcs trouvés atteints de trichinose ou de ladrerie en Prusse pendant les années 1883 et 1884), par LE MÊME (*Ibidem*, *XLIII*, *p.* 305).

III. — Ueber die im Jahre 1885... (*Ibidem*. *XLV*, 384, *octobre* 1886).

I et II. — Bien qu'officiels, ces chiffres sont forcément incomplets, car, dans nombre de districts de la Prusse, l'inspection obligatoire de la viande de porc manque complètement comme à Schleswig, Sigmaringen et Aix-la-Chapelle, ou n'existe que très partiellement, comme à Dantzig, Stettin, Cöslin, Wiesbaden, Düsseldorf, Trèves et Coblence.

En 1883, où l'on a examiné 4,248,767 porcs, on en a trouvé 1 trichineux sur 1,932, ce qui est une proportion moindre que l'année précédente (*R. S. M.*, XXV, 514); en 1884, la proportion a été de 1 sur 1,741.

A Berlin, depuis le 1er avril 1883, les porcs ne peuvent plus être tués qu'à l'abattoir où se trouve le service d'inspection microscopique.

La statistique des cas de trichinose humaine est sujette aux mêmes lacunes. En 1883, on a eu connaissance de 136 cas dont 2 seulement suivis de mort. Ce sont les villes de Thorn (48 cas) et de Cologne (35) qui ont présenté les seules épidémies un peu importantes. Pour 1884, Eulenberg signale 114 cas avec 16 décès. Un seul village du district de Merseburg en a compté 82, dont 12 terminés fatalement, sur une population de 600 âmes.

A Weissenfels, on a trouvé dans la viande d'un porc des sangsues, les unes entourées à distance d'une capsule, les autres libres et ne se

distinguant des trichines intestinales femelles que par leur longueur et leur épaisseur plus considérables.

C'est dans les provinces septentrionales et orientales (à l'exception de Stralsund) que la trichinose porcine semble le plus répandue. En tête, vient toujours le district de Posen (1 porc trichineux sur 193 en 1884), spécialement dans les régions où domine le plus l'élément polonais (1 porc trichineux sur 8 dans le cercle de Schroda).

Quant aux porcs atteints de ladrerie, en 1883 ils étaient au nombre de 12,074, soit 1 sur 405; en 1884, la proportion maximum se trouve à Kœnigsberg (1 sur 117); à Berlin, elle est de 1 sur 177. Comme la trichinose, la ladrerie n'est pas signalée à Stralsund.

III. — En 1885, le chiffre des porcs examinés a diminué de 190, 481 sur l'année précédente, ce qui explique aussi pourquoi la proportion des animaux trichineux s'est abaissée à 1 sur 1,852. L'importation des viandes de porc américaines a également beaucoup diminué.

Quant au nombre des porcs trouvés atteints de ladrerie, il varie peu.

Parmi les cas de trichinose humaine signalés en 1885, il n'y a eu que 2 décès. J. B.

Die Ergebnisse der neueren Untersuchungen des Schweinefleisches (Les différentes espèces de concrétions rencontrées dans la viande de porc), par Hermann EULENBERG (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLIV*, 150, *janvier* 1886).

Depuis longtemps, on a signalé la présence, dans la chair des porcs, de concrétions de formes, de dimensions et de composition variables, sur la nature desquelles on était fort partagé. Récemment, Duncker a montré que tous les parasites observés jusqu'ici dans la viande porcine peuvent, dans certaines circonstances, donner lieu à la production de concrétions.

1° L'une des plus fréquentes causes de concrétions, sont les *trichines* mortes prématurément et calcifiées. Le fait avait déjà été établi par Leuckart, chez le porc, et par Virchow chez l'homme. Duncker suppose que la mort prématurée des trichines est occasionnée par une infection parasitaire, par une maladie cryptogamique. Mais on ne peut reconnaître l'origine trichineuse de ces concrétions qu'autant qu'il coexiste des trichines encore intactes.

2° Les *cysticerques* du tissu cellulaire, morts et devenus crétacés, forment une seconde variété de concrétions pouvant atteindre jusqu'à 4 millimètres de diamètre. Ici encore, pour pouvoir faire le diagnostic, il faut rencontrer chez le même animal des cysticerques vivants ou au moins morts récemment, car les concrétions ne renferment jamais de crochets.

3° Une troisième sorte de concrétions est formée par l'*actinomycète*, découvert par Duncker en 1884, et qui est différent de celui du bœuf et de l'homme.

La viande qui contient des actinomycètes offre à l'œil nu déjà un aspect caractéristique. Après 24 heures au plus de conservation à l'air, elle devient blafarde, aqueuse et friable, avant même que les touffes de champignons soient apparues. Lorsque le champignon est à son apogée de développement, la viande prend la couleur du saumon. Elle ne retrouve sa couleur et sa consistance normales que lorsque les actinomycètes se

sont calcifiés. A ce moment, si on examine la viande au microscope, on peut soupçonner la présence de concrétions dues au champignon rayonnant quand, entre des fibres musculaires normales, on en trouve qui présentent sur tout leur trajet une teinte brun sale, inégalement répartie et qui offrent, à intervalles irréguliers, de petits corpuscules à centre plus clair que le reste, à contours saillants et dont le diamètre dépasse un peu la largeur de la fibre musculaire. A l'œil nu, on aperçoit ces fibres musculaires envahies et dégénérées sous forme de stries, blanc gris, au sein desquelles on distingue de très petits points blancs disposés en rangées comme des grains de perles. La pénétration et la végétation de l'actinomycète provoquent en effet une dégénération spéciale des muscles. La fibre musculaire paraît d'abord irrégulièrement ondulée et présente de larges plis transversaux et des nodosités; plus tard la striation transversale devient indistincte et il se produit des ruptures transversales de la substance contractile. Ensuite la substance contractile se fragmente en segments brillants et enfin elle est résorbée. Reste alors le tube de sarcolemme affaissé, formant une fine enveloppe au parasite

On ignore comment l'actinomycète arrive dans la chair du porc. Mais il semble certain que les germes sont introduits pendant la saison chaude, avec la nourriture. C'est en effet au mois d'octobre qu'on a occasion d'observer les premiers signes d'invasion des muscles, tandis qu'en été on ne trouve que des concrétions, c'est-à-dire des champignons vieillis. Quant à l'actinomycète lui-même, on ne le constate bien nettement qu'après désorganisation avancée du muscle, après fragmentation de sa substance contractile.

4° Enfin les *tubes de Miescher* constituent une 4e sorte de concrétions, généralement reconnaissable à sa forme.

Il ne reste guère plus que deux espèces de concrétions de nature obscure : ce sont celles que Leuckart a vu contenir des *cristaux* de margarine ou de tyrosine, et celles que Virchow a rapportées à une affection goutteuse du porc due à la *guanine*, substance proche parente de l'acide urique. Pour élucider ces deux points, il conviendrait d'étudier les altérations que le fumage de la viande fait subir aux concrétions.

En laissant de côté certains petits *ascarides* mentionnés de loin en loin par les inspecteurs de la viande de porc, et les *échinocoques* encore plus rares, deux autres espèces de parasites pourraient former des concrétions à l'intérieur de la viande des porcs, bien que le fait n'ait pas encore été signalé. Ce sont le *distome* qui se rencontre surtout dans les muscles du larynx et le diaphragme, et l'*haplocoque*, champignon inférieur découvert par Zopf en 1881. Voici les conclusions pratiques de l'étude précédente : 1° la viande de porc qui renferme seulement un petit nombre de concrétions, soit de nature indéterminée, soit dues à la présence de tubes de Miescher, de distomes musculaires ou d'haplocoques, peut être livrée à la consommation; 2° celle qui contient des concrétions formées par des trichines ou des cysticerques du tissu cellulaire ne doit être utilisée qu'en se conformant aux prescriptions de la loi; 3° celle enfin qui présente un grand nombre de concrétions, quelle qu'en soit l'origine, ou des actinomycètes ne peut être employée que pour en extraire la graisse. J. B.

Ueber Bleikrankheiten im Oberharz (Saturnisme dans l'Oberharz), par Max JACOB (*Deutsche med. Woch.*, nº 32, 1886).

Les mines et usines du Harz ont fourni à Brockmann les éléments d'un ouvrage bien connu. C'est dans la même région que Max Jacob étudie depuis huit ans les accidents du saturnisme. Les ouvriers sont soumis à l'action soit des vapeurs, soit des poussières toxiques: ces dernières causent des désordres beaucoup plus graves que les vapeurs.

La colique de plomb est observée surtout au printemps et en automne.

Dans la colique de plomb, l'auteur insiste sur lá douleur lombaire qui existe dès le début et survit aux autres manifestations douloureuses.

L'ictère léger est fréquent au début. Deux fois l'auteur a observé un ictère foncé, avec gonflement du foie; sans la notion étiologique, il aurai été difficile de ne pas songer à la colique hépatique plutôt qu'à la colique de plomb. Il faut admettre là l'étranglement du canal cholédoque par le spasme duodénal.

La paralysie de la vessie est survenue deux fois *à la suite* de la colique de plomb chez des sujets dont l'état ne paraissait pas inquiétant tout d'abord. Chez le premier, elle a duré du 8[e] jour jusqu'à la fin de la 4[e] semaine. Chez l'autre, elle a débuté le 6[e] jour, après disparition des douleurs et de la constipation, et, malgré le traitement, les phénomènes d'urémie ont causé la mort, le 27[e] jour.

Outre ces deux faits exceptionnellement graves, l'auteur a observé souvent la rétention d'urine légère, dans le cours de la colique de plomb, par parésie vésicale.

Sur 1,103 saturnins, l'auteur a compté 103 goutteux. Il a observé 12 cas de néphrite chronique, et cela chez des sujets qui n'avaient jamais eu de goutte. La goutte saturnine ne précède donc pas nécessairement le rein saturnin.

L. GALLIARD.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde (Les altérations séniles de l'écorce cérébrale), par KOSTJURIN (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 49, 1886).

II. — Ueber Gliose und Hohlenbildung in der Hirnrinde (La gliose et la formation de lacunes dans l'écorce cérébrale), par FÜRSTNER et STÜHLINGER (*Arch. für Psych. und Nervenkr.*, *XVII*, *Heft* 1, *p.* 1).

III. — Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale, par H. BIDON (*Revue de médecine*, 10 *août* 1886).

IV. — Ueber posthemiplegischen Bewegsstörungen (Les troubles moteurs posthémiplégiques), par GREIDENBERG (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *XVII*, *Heft* 1, *p.* 131, 1886).

V. — Contribution à l'étude des phénomènes bilatéraux de l'hémiplégie; trépidation épileptoïde, par DANRIOS (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 *avril* 1886).

VI. — Ueber die Kernig'sche Flexionscontractur der Kniegelenke bei Gehirnkrankheiten (Le signe de Kernig ou la contracture en flexion des genoux dans les affections cérébrales), par El. BULL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 772, *novembre* 1885).

VII. — Contribution à l'Étude de l'hémianopsie d'origine centrale, par SEGUIN, de New-York (*Arch. de neurologie*, *XI*, *p.* 176).

VIII. — Pruritus cutaneus unilateralis, nach Gehirnembolie (Prurit cutané limité au côté paralysé), par KŒBNER et JOSEPH (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 480, *juillet* 1885).

IX. — Contribution à la thermométrie céphalique, par DESCOURTIS (*Encéphale*, *p.* 173, 1886).

I. — Chez le vieillard, le plus grand nombre de cellules nerveuses des circonvolutions cérébrales subit la dégénérescence graisseuse et pigmentaire ; quelques-unes sont creusées de vacuoles. Les filets nerveux s'atrophient et diminuent de nombre, leur substance se transformant en fines granulations graisseuses. A la place des cellules et des filets nerveux atrophiés, on observe un certain épaississement du tissu conjonctif.

Quant aux vaisseaux, ils subissent l'induration athéromateuse et surtout l'épaississement fibreux de leurs parois, à tel point qu'il y a parfois oblitération de leur calibre. Le pigment de la tunique adventice augmente légèrement.

On trouve toujours des corpuscules amyloïdes à la périphérie des circonvolutions, sous la pie-mère. Quant au développement de la substance hyaloïde, elle ne résulte pas de l'involution sénile. L. GALLIARD.

II. — Fürtsner et Stühlinger publient quatre nouveaux cas d'une affection cérébrale caractérisée anatomiquement par des îlots de sclérose ou de cirrhose intéressant l'écorce grise, avec formation d'espaces lacunaires, affection dont plusieurs exemples ont été publiés dans ces derniers temps par Hartdegen, Pollak, Brückner, Pozzi. Les îlots de sclérose affectent des sièges de prédilection, à savoir : les circonvolutions centrales, les trois circonvolutions frontales, l'opercule, l'insula ; ils s'excavent à leur centre, à la suite d'une dégénérescence granuleuse de la trame conjonctive. Les altérations histologiques qui se passent dans ces îlots de sclérose sont décrits en détails. A noter que chez les malades dont les auteurs rapportent les observations, la gliomatose de l'écorce grise s'est compliquée d'atrophie des nerfs optiques et de dégénérescence des cordons postérieurs, dans un cas d'atrophie du nerf olfactif.

Le tableau clinique emprunte ses principaux traits à la fois à la paralysie générale et à la sclérose en plaques. La maladie a débuté dans l'enfance chez trois des quatre malades. Tous étaient sous le coup de l'hérédité névropathique. Les auteurs sont d'avis que les lésions ont débuté par une leptoméningite.

Le diagnostic avec la paralysie générale est assez difficile à établir ; les différences entre la symptomatologie consistant surtout en nuances. De la sclérose en plaques, la gliose cérébrale se distingue par l'absence du tremblement, du nystagmus et de la parole scandée. L'absence de paralysie faciale, d'inégalité de dilatation des pupilles devra être

prise en considération, quand il existe des symptômes de tabes (coïncidant avec une atrophie des nerfs optiques). E. RICKLIN.

III. — Le mémoire de Bidon est une étude d'ensemble des mouvements involontaires et incoordonnés tenant à une lésion cérébrale, se montrant dans les membres qui sont ou seront bientôt paralysés, survenant tantôt pendant le repos, tantôt seulement à l'occasion de mouvements voulus et ne nécessitant pour se produire aucun artifice expérimental. L'auteur comprend donc, sous la dénomination d'hémichorée symptomatique, l'hémichorée proprement dite et l'athétose, l'hémiparalysie agitante, l'hémiataxie et l'hémisclérose en plaques; il en sépare au contraire la trépidation épileptoïde. Après un historique fort complet, dans lequel l'auteur retrace les diverses phases par lesquelles est passée l'étude des diverses modalités de ce syndrome, Bidon montre les formes de transition qui conduisent insensiblement de l'une à l'autre et signale les cas complexes qui peuvent se produire en clinique. Mais la partie vraiment intéressante de ce travail est celle dans laquelle l'auteur aborde l'étude de la valeur topographique de la lésion capable de produire l'hémichorée. Sur soixante-dix-huit observations suivies d'autopsie, vingt-huit échappent à la localisation de Charcot; sur les cinquante restantes, la capsule interne est lésée seulement vingt-neuf fois et dans les vingt et une autres elle ne peut être modifiée que fonctionnellement par contiguité. Dans les cas où la lésion n'intéressait pas la capsule interne, soit directement, soit indirectement, elle portait toujours sur un point du faisceau pyramidal, soit mésencéphalique, soit cortical. Aussi conclut-il avec Demange que l'hémichorée peut se rencontrer dans les altérations d'un point quelconque du faisceau pyramidal. Si la lésion se localise le plus fréquemment dans le segment postérieur de la capsule interne, c'est qu'en ce point les fibres motrices sont le plus condensées. Toutes les observations suivies d'autopsie qui ont pu être réunies, se trouvent résumées dans un tableau synoptique qui devra être consulté car il servira de base aux recherches ultérieures. C. GIRAUDEAU.

IV. — Le travail de Greidenberg comprend une étude d'ensemble des troubles moteurs qu'on peut voir survenir à la suite d'une hémiplégie, dans les muscles paralysés. Il renferme quinze observations inédites, qu'il est impossible d'analyser en quelques lignes. Nous nous bornerons à reproduire la classification adoptée par Greidenberg pour les troubles moteurs post-hémiplégiques. Elle comporte les divisions et subdivisions suivantes :

Contractures : apoplectiques { Convulsions { cloniques. / longues. / intermittentes. } / Rigidité musculaire. }
— précoces, paralytiques, passives, passagères.
— tardives, permanentes, fixes.
— — changeantes, latentes.
Exagération des réflexes tendineux.
Mouvements associés.
Tremblement : réflexe. — Clonique.
— essentiel { vulgaire (tremor). / sous forme de paralysie agitante. / sous forme de sclérose en plaques. }
Hémichorée : permanente.
— à l'occasion des mouvements volontaires.

Hemichorée : troubles de la coordination (hémiataxie).
Athétose.
Formes mixtes : provenant de la combinaison du tremblement, de l'hémichorée, de l'athéthose.

V. — Homme de 56 ans; il y a quatre ans, hémiplégie droite avec aphasie, qui s'améliore assez pour permettre au malade de reprendre son métier de charretier. Deux ans plus tard, deuxième attaque de paralysie et, dans l'année 1884, plusieurs crises semblables. L'examen actuel fait constater tous les symptômes de la paralysie et en outre une trépidation épileptoïde bilatérale très nette et très forte des deux pieds. C'est ce fait de trépidation coïncidant avec une sclérose bilatérale des cordons latéraux de la moelle, confirmée par l'autopsie, qui rend intéressante cette observation. OZENNE.

VI. — Un symptôme d'affection cérébrale, que W. Kernig (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, nº 52) a signalé le premier, est celui-ci : lorsque le malade a les cuisses fléchies sur les articulations coxo-fémorales, il ne peut étendre les genoux à cause d'une contracture des fléchisseurs, contracture qui disparaît aussitôt que les cuisses sont étendues sur la hanche. Le phénomène se produit quand les malades sont assis, mais non quand ils sont couchés, à moins que leurs cuisses ne soient fléchies à angle droit sur leur ventre.

Kernig a noté ce symptôme dans 15 cas de méningite, dont 13 de méningite cérébro-spinale, 1 de méningite tuberculeuse et 1 de méningite purulente, et chez 6 autres malades atteints d'affections cérébrales diverses (hémorragie, pachyméningite, thrombose du sinus transverse, etc). Le phénomène s'est montré dès le début de la maladie et persiste habituellement durant tout son cours.

Bull a vérifié le fait signalé par Kernig dans 3 cas, 1 de méningite tuberculeuse, 1 de tubercule du cervelet chez un garçon de 11 ans 1/2, et 1 de thrombose du sinus transverse, dans le cours d'un cancer du rocher, chez un jeune homme de 16 ans. Bull donne l'observation clinique et l'autopsie de ces deux derniers malades.

Il propose ensuite l'explication suivante de cette contracture : Lorsque, chez un individu sain, on examine comment se fait l'extension du genou lorsque l'articulation coxo-fémorale est fléchie, on voit que l'extension complète du genou ne peut avoir lieu qu'autant que l'angle formé entre la cuisse et le ventre n'est pas sensiblement moindre de 90°. Si l'on fléchit davantage la cuisse sur l'abdomen, de façon à ce qu'elle fasse un angle aigu, le genou ne peut être étendu jusqu'à 130° à cause de la tension des muscles de la face postérieure de la cuisse.

On peut admettre que, chez un homme malade du cerveau, cette tension des muscles postérieurs de la cuisse suffit pour provoquer par voie réflexe leur contracture qui cesse aussitôt que l'extension de la cuisse sur la hanche met fin à l'état de tension des muscles. J. B.

VII. — Le terme d'hémianopsie est employé par Seguin pour désigner l'obscurcissement d'une moitié du champ visuel. Mais l'auteur, laissant de côté l'hémianopsie horizontale, n'a eu en vue que l'hémianopsie verticale. Il s'est appuyé sur 40 observations avec autopsie et sur 5 cas traumatiques sans autopsie, pour édifier sa théorie qui se résume dans les propositions suivantes :

1° L'hémianopsie latérale indique toujours une lésion intra-crânienne du côté opposé à la portion du champ visuel obscurcie; 2° l'hémianopsie

latérale avec immobilité pupillaire, névrite ou atrophie du nerf optique, surtout s'il s'y joint des symptômes de lésion de la base, est due à l'altération d'une bandelette optique ou des premiers centres visuels d'un côté ; 3° l'hémianopsie latérale ou un obscurcissement analogue géométrique du champ visuel, avec hémianesthésie et troubles ataxiques ou choréiformes du mouvement dans une moitié du corps, sans hémiplégie nette, est probablement due à la lésion de la partie postéro-latérale de la couche optique ou du faisceau postérieur de division de la capsule interne; 4° l'hémianopsie latérale, avec hémiplégie complète (devenant spasmodique après quelques semaines) et hémianesthésie est probablement causée par une lésion étendue de la capsule interne, au niveau de son genou et de sa partie postérieure; 5° l'hémianopsie latérale, avec hémiplégie typique (devenant spasmodique après quelques semaines), aphasie si c'est le côté droit qui est affecté et peu ou pas d'anesthésie, est très certainement due à une lésion superficielle étendue à l'aire irriguée par l'artère cérébrale moyenne; 6° l'hémianopsie latérale avec légère impuissance motrice d'une moitié du corps, surtout si elle est associée à un trouble quelconque du sens musculaire, serait probablement due à la lésion du lobule pariétal inférieur et du gyrus angulaire, avec la substance blanche sous-jacente, pénétrant assez profondément pour léser ou comprimer le faisceau optique dans son trajet en arrière vers le centre visuel; 7° l'hémianopsie latérale seule, sans troubles moteurs ni sensitifs, semble due à la lésion du coin seul, ou du coin et de la substance grise immédiatement environnante sur la face interne du lobe occipital, dans l'hémisphère opposé à la moitié du champ visuel obscurcie. DESCOURTIS.

VIII. — Relation détaillée d'un cas d'embolie cérébrale d'origine rhumatismale, survenue chez une femme de 36 ans : hémiplégie gauche permanente avec hémianesthésie et perte du réflexe rotulien.

Or, depuis quelque temps, la malade éprouve dans le côté du corps paralysé des démangeaisons intolérables et incessantes, accompagnées de sueurs profuses limitées au côté sain du corps. On provoque facilement de l'urticaire factice en passant l'ongle sur les téguments. La malade a été soulagée par un traitement local (vaseline, 50 gr. ; chloral 5 gr. ; camphre, 5 gr.) J. B.

IX. — Si l'on place deux thermomètres aux régions temporales, en évitant autant que possible toutes les causes d'erreur, on constate que la température atteint rarement son maximun en 15, 20 ou 30 minutes. Le plus souvent elle suit une marche ascendante pendant une heure, deux, trois et même quatre heures. Celle du côté droit est indépendante de celle du côté gauche; elle peut même avoir une marche absolument opposée. On observe aussi des irrégularités dans la courbe, des mouvements brusques et d'autres particularités difficiles à interpréter, mais qui montrent la nécessité d'observations longues et minutieuses G. D.

I. — Observation pour servir à la détermination des zones cérébrales motrices, par HUBLÉ (*Arch. de Neurol., XI, p.* 29).

II. — Case of cortical paralysis, par A. VOORTHUIS (*Brain, p.* 234, *juillet* 1886).

III. — A case of cortical paralysis, par J. WIGLESWORTH (*Brain, p.* 80, *avril* 1886).

IV. — Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par SALESSES (*Encéphale, p.* 286, 1886).

V. — Neuropathologische Mittheilungen, par R. SCHULZ (*Arch. f. Psych. und Nervenkr., XVI, Heft* 3, *p.* 579).

VI. — Encéphaloïde de la couche optique ayant présenté les principaux symptômes de la sclérose en plaques, par ROUSSEAU (*Encéphale, p.* 598, 1886).

VII. — Di un caso importante di cisti da echinococco annidate nel lobo occipitale sinistro (Kyste à échinocoques logé dans le lobe occipital gauche), par BAZZANI (*Rivista clin. di Bologna, n°* 7, 1886).

VIII. — On the condition of the bones of the skull in cases of tumour of the brain (De l'état des os du crâne dans les cas de tumeurs cérébrales), par W. HALE WHITE (*Guy's hosp. Rep., XLIII, p.* 2).

IX. — Zwei Fälle von grossen erworbenen Defekten im Schläfenlappen (Deux faits de destruction étendue du lobe temporal), par O. KÖRNER (*Berl. kl. Woch., p.* 263 *et* 288, *avril et mai* 1885).

X. — Verlust des Sprechvermögens und doppelseitige Hypoglossusparese, etc. (Aphasie et double paralysie de l'hypoglosse causée par un petit foyer dans le centre ovale), par EDINGER (*Deutsche med. Woch., p.* 282, 1886).

I. — De l'examen détaillé de deux observations personnelles, Hublé tire les déductions suivantes : 1° les lésions destructives des couches corticales de la 3e circonvolution frontale gauche ont, selon la règle, déterminé l'aphasie véritable (perte de la parole sans paralysie de la langue); 2° les lésions destructives de l'écorce grise de la zone rolandique (frontale ascendante et lobule paracentral) ont produit une paralysie exclusivement motrice ; 3° une lésion destructive très étendue du corps calleux ne s'est traduite par aucun symptôme particulier, autre que la paralysie motrice du côté opposé ; 4° l'hémiplégie résultant de ces lésions s'est accompagnée de contractures tardives et permanentes : ces signes appartiennent aux dégénérescences scléreuses secondaires descendantes ; 5° une lésion en foyer du centre ovale, lésion étendue et peu éloignée du pied de la couronne rayonnante, a entraîné, tout en respectant la capsule interne, une dégénérescence bien constatée du faisceau pyramidal, ce qui est plus fréquent lorsqu'il existe une altération de cette capsule.

DESCOURTIS.

II. — Chez un garçon de 14 ans survient de la céphalée, puis des phénomènes d'excitation cérébrale, des trépidations et fourmillements des membres bientôt suivis d'une paralysie progressive à gauche qui gagne les quatre membres. Les fonctions intellectuelles sont intactes. Un second stade de la maladie est caractérisé par de la somnolence allant jusqu'au coma, terminée par une attaque apoplectique.

L'autopsie montre une éruption de granulations tuberculeuses sur toute la pie-mère, avec une méningite exsudative localisée au niveau des circonvolutions fronto-pariétales, et du lobule paracentral : une thrombose secondaire du sinus longitudinal amenant une hyperémie veineuse considérable, et finalement un ramollissement de l'hémisphère droit. H. R.

III. — Femme de 65 ans, atteinte de carie syphilitique des os du crâne, et de manie à plusieurs reprises. En février 1885, on s'aperçoit que l'ulcération crânienne s'est creusée jusqu'à la dure-mère ; elle occupe le côté gauche du crâne, un peu en dehors de la ligne médiane, à égale distance du front et de

l'occiput. Le 25 février, la malade est prise d'une attaque épileptiforme avec rotation de la tête et des yeux du côté droit, et convulsions débutant par les membres supérieur et inférieur droits, pour se généraliser secondairement aux membres du côté gauche. A partir de ce moment, mutisme, somnolence et surdité; puis paralysie progressive du bras droit, persistant malgré une incision de la dure-mère qui laisse échapper du pus. Mort dans le coma, 37 jours après le début des premières convulsions.

On trouve à l'autopsie, outre les lésions de la carie crânienne et de la pachyméningite, une collection purulente située au voisinage de l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante du côté gauche. Les 1re et 2e circonvolutions temporo-sphénoïdales étaient superficiellement ramollies, ce qui explique la surdité qui s'était montrée dans les dernières semaines de la vie de la malade. H. R.

IV. — Femme, 36 ans, ayant eu à 16 mois des convulsions et une hémiplégie droite consécutive. A 15 ans, première attaque d'épilepsie à la suite d'une émotion. La névrose s'installe: crises fréquentes; troubles psychiques ; phtisie intercurrente qui diminua peu à peu le nombre des attaques, mort. A l'autopsie on trouva une atrophie partielle du cerveau, localisée aux régions rolandiques, très prononcée à gauche, où le ventricule latéral s'ouvrait en dehors. Discussion détaillée de ce cas.

Homme, 32 ans, paralytique général, amputé du bras droit, à l'âge de 13 ans, à la suite d'un traumatisme grave. Convulsions dans les derniers jours de la vie. A l'autopsie, on constate une atrophie de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche et une congestion intense de la zone externe du noyau lenticulaire du corps strié, identique des deux côtés, et expliquant les convulsions. DESCOURTIS.

V. — La première observation de Schulz a trait à une femme de 49 ans, qui, il y a 18 mois, perd brusquement la vue de l'œil gauche. A partir de ce moment, vertiges, démarche titubante, abaissement de l'intelligence, parésie motrice progressive, surtout prononcée à la jambe droite. On diagnostique une tumeur de la base siégeant près du chiasma et comprimant la bandelette optique. Après une amélioration passagère, il se produisit une abolition de la perception visuelle dans la moitié nasale de l'œil droit; en même temps, la paralysie progressive devint absolue, avec contracture des membres inférieurs ; la malade finit dans la démence.

A l'autopsie, au lieu d'une tumeur cérébrale circonscrite, on ne trouva que de la pachyméningite chronique, occupant à la fois la convexité et la base, et très marquée au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Obs. 2e. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, présentant les symptômes suivants : Céphalée frontale gauche, parésie des muscles de la moitié inférieure de la face à droite; immobilité du voile du palais. Douleurs très vives à la pression sur la nuque; aphasie et amnésie complètes. Toutes les cinq minutes, de fortes convulsions agitent la moitié droite de la figure, et pendant ce temps, le malade est inconscient. Ces accès persistèrent 48 heures et l'un d'eux emporta le malade.

On trouva à l'autopsie un foyer d'induration du volume d'une noisette, occupant la circonvolution de Broca; la plus grande partie de cette petite tumeur intéressait la substance grise. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un tubercule caséifié : les autres organes ne présentaient pas de lésions tuberculeuses. RICKLIN.

VI. — Le malade de Rousseau présentait les symptômes suivants:

Affaiblissement intellectuel avec réaction lypémaniaque, troubles oculaires et tremblement limité exclusivement au côté droit du corps. Ce dernier est remarquable par deux caractères: il intéresse la tête et disparaît pendant le repos et le sommeil. La parole n'est pas embarrassée, mais scandée, surtout

quand le malade éprouve quelque émotion. Les extrémités inférieures sont parésiées et la vue s'altère rapidement. Mais il n'y a ni convulsions, ni vomissements. La céphalalgie n'apparaît que dans les derniers mois de la vie. La constitution reste bonne, jusqu'au moment où le malade est emporté en quelques jours par une diarrhée incoercible. A l'autopsie : encéphaloïde de la couche optique gauche, empiétant sur le lobe occipital et sur le lobe sphénoïdal ; moelle diffluente, sans lésions nettes. DESCOURTIS.

VII. — V..., âgé de 44 ans, est pris, vers la fin d'août 1883, de vertiges qui cessèrent assez facilement. En octobre 1885, ces vertiges recommencent avec céphalée à gauche. Ces symptômes furent les seuls qu'on observa pendant quelque temps, les fonctions sensorielles notamment s'accomplissaient parfaitement. Vertiges, insomnie, débilité croissante, puis, dans les derniers temps, affaissement intellectuel : tels furent les symptômes prédominants. Rapporté à l'hôpital le 27 janvier 1886, on nota le même état; cependant on constata de la mydriase, de la parésie des pupilles, de l'hémiparésie avec convulsions cloniques intermittentes dans les membres du côté droit. L'examen du fond de l'œil ne put être pratiqué. Le malade succomba le 31 janvier. — A l'autopsie, on trouve les circonvolutions du lobe occipital gauche aplaties et légèrement atrophiées. En incisant la base du lobe, on en extrait environ dix kystes, dont le volume varie depuis celui d'un œuf de poule à celui d'un grain de maïs. Ces kystes sont indépendants les uns des autres et ils ont détruit le lobe occipital surtout dans sa partie inférieure; ils contiennent des grains calcaires et des échinocoques en grand nombre. Rien de particulier à noter dans le reste de l'encéphale et du côté des autres viscères.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, Bazzani insiste sur l'absence de certains symptômes, le vomissement, les convulsions épileptiformes, les troubles du mouvement et de la sensibilité.

La névrite optique, constatée dans un cas de sarcome du lobe occipital postérieur par Charcot, paraît également avoir fait défaut, le malade n'ayant présenté d'autre trouble oculaire que la mydriase et seulement dans les derniers jours. L'auteur croit aussi pouvoir conclure de l'absence des troubles de la vue dans l'œil droit, alors que les circonvolutions du lobe postérieur gauche étaient aplaties et légèrement atrophiées, que la localisation du centre psychique de la fonction visuelle dans l'écorce des lobes occipitaux n'est pas encore absolument démontrée. F. BALZER.

VIII. — Hale White attire l'attention sur l'état de la boîte osseuse crânienne dans le cas de tumeur cérébrale. Les os deviennent minces, transparents et laissent voir une arborisation vasculaire anormale. Cet amincissement est limité ou diffus; portant de préférence sur le frontal, les pariétaux et l'écaille de l'occipital, mais atteignant parfois les temporaux et le rocher. La face interne de l'os est constamment rugueuse et dépolie comme du papier de verre. Cette disposition ne se rencontre pas seulement dans les cas où une tumeur circonscrite de l'encéphale ou de la dure-mère use directement la boîte osseuse, elle se voit de préférence quand la tumeur siège profondément et est recouverte par la substance cérébrale saine; c'est donc le résultat de l'excès de la pression intracrânienne. Il résulte des recherches de l'auteur que ce n'est ni la nature, ni le siège de la tumeur qui joue un rôle dans les altérations osseuses, mais la durée de l'évolution du néoplasme, son volume, et surtout le degré d'hydrocéphalie qui l'accompagne. Il faut également que le crâne soit assez développé pour être soudé; les jeunes enfants atteints de tumeur cérébrale n'ont pas cet état de l'os, parce que l'hydrocéphalie repousse les

sutures crâniennes et amène la disjonction des pièces du crâne. Le mécanisme de l'érosion osseuse paraît être la résorption par l'élément vasculaire des sels de chaux des os; il se fait probablement quelque chose de comparable à l'usure des os par un anévrisme, mais la preuve de cette résorption n'existe pas encore. Il semble probable que la céphalée sourde qui accompagne la plupart des tumeurs intracrâniennes est imputable à cette pression continuelle sur les os du crâne.

Le travail de Hale White repose sur l'analyse de 18 cas de tumeurs cérébrales dont il donne le résumé. H. R.

IX. — 1re *Observation.* Femme de 63 ans, droitière, n'ayant présenté aucun trouble de la parole ni de l'ouïe. A son autopsie, on constate au niveau du lobe temporal gauche une dépression profonde, longue de 8 centimètres sur 2 1/2 de large. Après durcissement du cerveau dans le liquide de Müller, on constate la destruction des parties suivantes : 1° la pointe de la circonvolution occipitale latérale ; 2° la pointe et les portions inférieures de la partie antérieure de la première circonvolution temporale; 3° la presque totalité de la partie antérieure de la deuxième circonvolution temporale; 4° la presque totalité de la troisième circonvolution temporale.

De plus, l'examen microscopique montre que, parmi ce qui reste de la première circonvolution temporale, il n'y a d'intact que la partie postérieure; plus en avant, il ne subsiste que l'écorce grise tournée vers la scissure de Sylvius.

2e *Observation.* Homme de 60 ans, droitier, ayant eu au début, il y a 23 ans, à plusieurs reprises dans la même année, quelques attaques d'aphasie avec des troubles de la motilité plus marqués du côté gauche, mais n'ayant jamais offert trace de surdité ni d'affaiblissement visuel. L'autopsie montre une vaste perte de substance au côté droit du cerveau, au niveau de la face inférieure des lobes temporal et occipital. Se trouvent ainsi détruits, toute la troisième circonvolution temporale, un petit morceau de la portion moyenne de la deuxième, la totalité de la circonvolution occipito-temporale latérale et la partie postérieure de la circonvolution de l'hippocampe. La substance corticale de la circonvolution temporale médiane était également hors d'état de fonctionner, car sa substance blanche était atrophiée.

Enfin, il y avait deux petits foyers de ramollissement plus récent dans l'hémisphère gauche, l'un à la partie extérieure du noyau lenticulaire, l'autre à la face externe de la corne postérieure. J. B.

X. — Un vieillard de 83 ans, ayant eu plusieurs attaques légères, est brusquement atteint d'aphasie motrice : il comprend les questions qu'on lui pose, mais ne répond que par gestes. De plus, il a la bouche ouverte, la mâchoire inférieure est inerte, la langue se meut péniblement. Déglutition impossible, pupilles égales, vue conservée, pas de paralysie de la face ni des membres, pas d'anesthésie, conservation des réflexes. Mort au bout de dix jours.

Autopsie. — Atrophie sénile des circonvolutions. Kyste grand comme la moitié d'une noix dans la substance de la première circonvolution frontale. Foyer de ramollissement lenticulaire dans la tête du noyau caudé droit, autre foyer dans la capsule externe du même côté. Enfin, foyer de ramollissement dont le diamètre est celui d'une pièce de 20 pfennigs et dont la hauteur n'atteint pas un millimètre, situé dans le centre ovale du côté droit, à la limite idéale du faisceau pédiculo-frontal moyen et du faisceau pédiculo-frontal inférieur à 1/2 centimètre en dehors du noyau caudé.

L'auteur admet que ce foyer a interrompu les faisceaux qui vont au noyau de l'hypoglosse et à l'organe central de la parole. L. GALLIARD.

I. — **Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung** (Sur l'aphasie et ses rapports avec la perception), par GRASHEY (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVI, Heft* 3, *p*. 654, 1886).

II. — **Zur Degeneration der Grosshirnrinde** (Dégénération de l'écorce cérébrale), par J. HESS (*Wien. med. Jahrb., p*. 232, 1886).

III. — **Ueber Tumoren des Balkens** (Des tumeurs du corps calleux), par L. BRUNS (*Berliner klinische Wochens., n*° 21, *p*. 340, *et n*° 22, *p*. 364, 24 *et* 31 *mai* 1886).

IV. — **Intorno a tre casi di cisticercus cellulosæ nel cervello dell'uomo** (A propos de trois cas de cysticerque du cerveau chez l'homme), par PARONA (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino, p*. 609, 1885).

I. — Un homme de 27 ans, en tombant sur la tête se fit une fracture de la base du crâne qui eut pour conséquences une hémiplégie complète du côté droit, intéressant les muscles innervés par le facial et l'hypoglosse; cécité et surdité de ce même côté, perte presque complète de l'odorat et du goût, à droite, aphasie consistant en ceci, que le malade ne pouvait dire le nom des objets qui lui étaient bien connus, à moins de les mettre d'abord par écrit. L'articulation des sons était intacte, le malade pouvait lire très couramment; quand on prononçait le nom d'un objet placé à sa portée, il désignait aussitôt cet objet du doigt. Quand on prononçait un mot devant lui, il le répétait mais en s'arrêtant sur la première lettre qui était redite plusieurs fois avant que le reste du mot ne suivît.

Grashey prend occasion de ce fait pour entreprendre une analyse minutieuse du mécanisme de l'aphasie. Il a imaginé un schéma destiné a représenter les connexions des centres où se forment les images évoquées par les sons, par les impressions visuelles, par les symboles (signes de l'écriture) entre eux et avec les centres qui président aux mouvements destinés à l'émission des sons et à l'écriture, les connexions de ces derniers centres avec les noyaux des nerfs de la phonation et de l'articulation des sons et des nerfs moteurs qui interviennent dans l'acte de l'écriture. L'auteur a fait servir ensuite ce schéma à l'interprétation des troubles aphasiques présentés par son malade. Chez ce dernier, les images évoquées par les sons et les impressions visuelles n'avaient qu'une durée très courte. Ainsi, quand on lui faisait épeler un mot lettre par lettre, mais en ne lui montrant qu'une lettre à la fois, il lui était impossible de prononcer ensuite le mot, contrairement à ce qui avait lieu quand il voyait celui-ci en totalité. Quand on lui fait répéter deux mots qu'on prononce consécutivement, il a oublié le premier, une fois que s'effectue la perception du second.

Après avoir examiné ensuite la question de la durée des impressions sensorielles à l'état normal et à l'état pathologique, Grashey arrive à cette conclusion :

Il existe une aphasie dépendant, non d'une impuissance fonctionnelle des centres de perception ni d'un trouble de transmission dans les faisceaux conducteurs, mais exclusivement d'une diminution dans la durée des impressions sensorielles, d'où résulte un trouble de la perception et de l'association des idées; cette variété d'aphasie, d'après Grashey, serait fréquente surtout à la suite d'ébranlements portant sur le cerveau et à la suite de maladies fébriles, où contrairement à ce qui a lieu dans

les cas de lésions en foyers il n'y a pas destruction des centres de substance grise et des faisceaux conducteurs.

A noter que chez le malade en cause, l'aphasie a disparu, après avoir persisté plus d'une année. E. RICKLIN.

II. — Hess a examiné le cerveau d'une femme de 67 ans, atteinte depuis 3 ans d'hémiplégie droite avec perte de la mémoire et ralentissement de la parole, morte de pleurésie. Le cerveau, remarquablement petit, ne pesait, avec ses membranes, que 788 grammes. Des deux côtés les circonvolutions frontales et occipitales et une grande partie des pariétales présentaient des nodosités irrégulières. L'écorce était spongieuse en certains points, la substance blanche était devenue grisâtre et dure. Les ventricules latéraux étaient dilatés, les couches optiques atrophiées.

On trouvait dans la substance corticale un certain nombre de vacuoles distinctes de la surface, mais indiquées cependant par de légères dépressions de cette dernière ; les plus grandes atteignaient $1^{mm},5$ de diamètre, les plus petites n'étaient visibles qu'au microscope. La forme en était irrégulière. Ces petites cavités paraissaient tantôt vides, tantôt traversées par un réseau conjonctif à mailles fines. Au microscope on reconnaissait dans ce réseau des vaisseaux à parois épaissies et même des filets nerveux, tandis que les cellules nerveuses faisaient complètement défaut.

Les contours des vacuoles n'étaient indiqués ni par une membrane ni par un épaississement du tissu conjonctif. Mais dans le tissu qui les environnait on surprenait le processus dégénératif des cellules ganglionnaires : atrophie des prolongements cellulaires, disparition de noyau, dégénérescence graisseuse du protoplasma, transformation de la cellule en une masse adipeuse granuleuse, enfin disparition de la cellule qui laissait après elle un espace vide. De plus des corps amyloïdes et des cellules lymphatiques.

Rien de semblable dans la substance blanche du cerveau. La seule modification commune aux deux substances était l'élargissement des espaces périvasculaires. L. GALLIARD.

III. — Bruns relate 3 observations de Hitzig concernant des tumeurs du corps calleux; il n'a trouvé dans la littérature d'autres faits comparables que ceux de Glaeser (*Berliner klinische Woch.*, 1883, n° 52) et de Bristowe (*R. S. M.*, XXVII, 160).

Si l'on récapitule les symptômes signalés dans les 9 observations les moins complexes, on peut d'après lui conclure que : le diagnostic probable de tumeur du corps calleux peut être posé quand se trouvent réunies les conditions suivantes : 1° existence des symptômes d'une affection cérébrale organique, évoluant avec lenteur et en augmentant constamment d'intensité ; 2° présence de phénomènes d'hémiparésie ou de paraparésie ; 3° constance d'un état dément très prononcé contrastant avec l'insignifiance ou le manque des signes généraux des tumeurs (céphalée, vomissement, convulsions, œdème de la papille) ; 4° absence de symptômes autorisant l'idée d'une autre localisation.

Mais en outre il ne faut jamais oublier que : 1° d'autres affections telles que des tumeurs du lobe frontal, des tumeurs multiples, peuvent déterminer les mêmes phénomènes morbides ; 2° les symptômes d'une tumeur du corps calleux peuvent varier suivant les régions du cerveau qu'elle envahit. J. B.

IV. — Long mémoire, renfermant avec beaucoup de faits déjà connus une très intéressante observation dont voici le résumé :

Une femme des environs de Milan, âgée de 60 ans, habituellement bien portante, est prise de coliques et de nausées et un mois plus tard d'une

attaque d'aphasie transitoire sans perte de connaissance, qui se renouvelle à diverses reprises. Quatre mois après, paralysie soudaine de la jambe gauche, puis du bras, avec anesthésie cutanée, secousses cloniques dans les membres paralysés, puis état comateux qui se dissipe sous l'influence de la saignée et des révulsifs ; l'hémiplégie gauche et l'aphasie persistent pendant plusieurs semaines, puis les mouvements volontaires se rétablissent peu à peu, mais les membres paralysés sont fréquemment le siège de convulsions cloniques intéressant également le côté gauche de la face et du cou, sans perte de connaissance.

L'administration d'une dose d'extrait éthéré de fougère mâle amène l'expulsion de deux bothriocéphales et d'un ténia solium ; il s'ensuit un mieux momentané, mais bientôt l'hémiplégie gauche et l'aphasie reparaissent, pour céder de nouveau à la médication dérivative et révulsive; plusieurs rechutes, accompagnées de convulsions partielles se reproduisent ainsi en quelques mois, laissant chaque fois après elles un certain degré d'abaissement de l'intelligence. Enfin la malade succombe à une attaque de dysenterie. A l'autopsie on trouve les méninges congestionnées et la face profonde des méninges parsemée d'une infinité de petits kystes (plus de 150) qui ne sont autre chose que des cysticerques du ténia solium, enveloppés d'une membrane fibreuse adventice ; d'autres kystes de même nature mais un peu plus volumineux et à parois plus minces occupent l'un la surface de l'insula de Reil au niveau de la deuxième et de la troisième digitation, un autre la corne postérieure du ventricule cérébral droit, un troisième en avant et à droite de la protubérance. Les autres organes étaient sains.

L'auteur estime que, chez cette malade, l'aphasie motrice était imputable au cysticerque de l'insula (dépendance de la circonvolution de Broca), l'hémiplégie gauche avec convulsions épileptiformes à celui de la protubérance, l'encéphalite diffuse avec abaissement progressif de l'intelligence aux nombreux petits kystes disséminés dans les méninges et irritant la substance corticale. H. BARTH.

I. — Physiopathologie du cervelet, par LUSSANA (*Arch. ital. de Biol., t. VII, fasc. 2, p.* 145).

II. — Sulle degenerazioni consecutive all'estirpazione totale e parziale del cerveletto, par MARCHI (*Rivista sperim. di frenatria e di med. leg., fascic.* 2, 1886).

III. — Cases of tubercle of the cerebellum, par J.-S. BRISTOWE (*St Thomas's hosp. Rep., XIV, p.* 81).

IV. — Gliome kystique du cervelet, par DUPONCHEL (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 1er *août* 1886).

V. — De l'hémiatrophie de la langue, d'origine centrale, par L. HIRT (*Berl. klin. Woch., V, p.* 411).

VI. — De l'hémiatrophie de la langue, par SCHIFFERS (*Revue de laryngologie,* 1er *juillet* 1886).

VII. — Dégénération secondaire ascendante dans le bulbe, la protubérance et l'étage supérieur de l'isthme, par LÖWENTHAL (*Revue méd. de la Suisse romande, V, p.* 511).

VIII. — Atrophie unilatérale de la colonne de Clarke, observée chez un jeune chat opéré à la partie inférieure du bulbe rachidien, par N. LÖWENTHAL (*Ibidem, VI, p.* 20, *janvier* 1886).

I. — L'auteur reprend dans ce mémoire l'exposé de la théorie qu'il

défend depuis 1852 sur le rôle régulateur de l'équilibre locomoteur qui serait dévolu au cervelet. Sur 199 cas de lésions cérébelleuses qu'il a pu résumer, 134 fois il existait de l'incoordination motrice, 17 fois la lésion du sens musculaire ne s'est pas produite, 8 fois elle n'a pas été recherchée, 8 fois enfin de graves complications empêchaient la constatation de l'incoordination motrice. Le cervelet contiendrait encore les centres de l'innervation coordinatrice des mouvements oculaires; ses lésions s'accompagnent en effet souvent de nystagmus, d'oscillations strabiques du bulbe oculaire et de troubles de la vue. Ce sont les conclusions auxquelles Flourens aboutissait il y a trente ans. C. GIRAUDEAU.

II. — A la suite de l'extirpation totale du cervelet chez le chien, on trouve une sclérose diffuse spécialement de la substance grise de la moitié supérieure du pont de Varole qui entoure les pyramides, et de la substance grise des olives; cette sclérose s'étend à tous les pédoncules cérébelleux, y compris en partie le faisceau cérébelleux direct de Flechsig, sans aucune lésion des noyaux des nerfs crâniens et de la substance grise du plancher du quatrième ventricule. Après l'extirpation de la moitié du cervelet, les mêmes parties sont dégénérées dans la moitié correspondante à la lésion, et en partie aussi dans le côté opposé. De plus, les fibres dégénérées des pédoncules cérébelleux supérieurs ne s'entre-croisent pas complètement avec celles du côté opposé, une partie va se perdre probablement dans le noyau de Stilling, du même côté que la lésion. Après l'extirpation du lobe moyen, la dégénération bilatérale se circonscrit à certains faisceaux déterminés de fibres, et aussi à quelques fibres du faisceau cérébelleux direct, au ruban inférieur de Reil, aux fibres arciformes et à beaucoup de fibres des faisceaux pyramidaux. Enfin, après l'extirpation totale ou partielle du cervelet, on trouve dans quelques cas une dégénération bien distincte des fibres constituantes des nerfs crâniens, non seulement des racines antérieures de la moelle spinale, bien que les noyaux d'origine de ces nerfs paraissent exempts d'altérations. F. BALZER.

III. — Relation de 4 observations de tumeurs tuberculeuses du cervelet. La première concerne un enfant de 10 ans, et peut se résumer ainsi : céphalée, vomissements, névrite optique, cécité intermittente d'abord, puis définitive; attaques épileptiformes et coma ultime.

Le 2e malade, un homme de 25 ans, eut également des douleurs de tête atroces, compliquées de vomissements, de l'affaiblissement des membres inférieurs, une paralysie du droit externe, de la névrite optique : coma final.

L'observation 3 concerne un jeune homme de 16 ans, qui présenta le même cortège de symptômes, avec cécité progressive et paralysie des deux muscles droits internes de l'œil, ainsi que de la moitié droite de la langue. Pas de convulsions épileptiformes.

Le 4e malade, enfant de 11 ans, eut ceci de particulier, que chez lui la douleur de tête dura deux ans, s'accompagnant d'affaiblissement progressif des jambes : une méningite basilaire vint terminer la scène.

L'auteur fait observer que les symptômes prédominants sont ceux des tumeurs cérébrales en général, céphalée, vomissements et névrite optique; la céphalée n'a pas de localisation occipitale exclusive, mais s'étend à toute la tête; enfin, que la démarche dite cérébelleuse, ataxiforme, a toujours fait défaut. Les signes de paralysie oculaire ont plus

de valeur, mais pourraient induire en erreur et faire croire à une tumeur du bulbe lui-même. H. R.

IV. — Jeune homme de 23 ans, sans antécédents alcooliques ni syphilitiques; à 21 ans, première attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie, celle-ci d'une durée de un mois, celle-là de huit mois; quelques mois plus tard, deuxième attaque de même nature, qui disparaît après une trentaine de jours. En décembre 1885, outre de vives douleurs occipitales, le malade présente une marche un peu titubante; une légère contracture du biceps gauche; une hémianesthésie du côté droit, quelques troubles du sens musculaire et de la macropsie de l'œil droit. Dans les jours suivants, il est atteint de plusieurs attaques mal définies dont l'une, plus sérieuse, est caractérisée par une chute suivie d'aphasie, de convulsions épileptoïdes et de contractures qui ne persistent que quelques minutes; puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au 6 février où survient la mort subite, après plusieurs vertiges.

A l'autopsie, on trouve, outre un œdème cérébral abondant, dans le lobe droit du cervelet, un kyste, de la grosseur d'une mandarine, que l'examen histologique fait ranger dans les gliomes kystiques. OZENNE.

V. — Femme de 76 ans, bien portante jusqu'il y a quatre mois où elle a eu une attaque apoplectiforme avec perte momentanée de la connaissance et privation complète de la parole durant une demi-heure. Depuis, la parole est restée faible et indistincte. Après quelques semaines, est survenue une dysphagie de plus en plus marquée surtout pour les liquides. En même temps, il existe une salivation profuse, une déviation de la langue à droite avec diminution de volume de la moitié de cet organe.

La langue est animée de contractions fibrillaires partant de la pointe et plus prononcées dans la moitié droite, manifestement atrophiée et profondément ridée et sillonnée; au palper, cette moitié est spongieuse, molle, tandis que la moitié gauche est dure, résistante et du double plus épaisse (1cc,5 contre 0,8 à droite). Les sensibilités tactile et gustative n'offrent pas de différences entre les deux côtés de la langue dont les mouvements sont vifs et précis. Affaiblissement considérable, sinon abolition des réflexes pharyngés. Au laryngoscope, paralysie complète du récurrent droit qui explique la faiblesse et la raucité de la voix ainsi que le peu d'énergie de la toux.

Aucun autre symptôme morbide, en particulier rien du côté du trijumeau et du nerf moteur oculaire commun.

Après avoir éliminé successivement l'ataxie locomotrice, la paralysie progressive du bulbe, Hirt se rattache à l'idée d'une hémorragie bulbaire ou d'un foyer de ramollissement embolique dans les noyaux des nerfs hypoglosse et accessoire du pneumogastrique droits. Quant à la salivation, il ne trouve pas d'explication satisfaisante (*R. S. M.*, II, 709; XXII, 494, et XXV, 556). J. B.

VI. — Jeune homme de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, atteint d'une toux persistante. A l'âge de 12 ans, il a été blessé d'un coup de revolver; la balle, extraite immédiatement, avait atteint la région occipitale. Pas de suites graves, sauf une légère surdité à droite qui disparut en quelques semaines.

On constate les lésions suivantes: hémiatrophie droite de la langue avec mouvement fibrillaire dans la projection hors de la bouche. Sensibilité tactile et gustative égale des deux côtés. Paralysie de la corde vocale droite qui reste immobile pendant la phonation. Bronchite légère avec un peu d'emphysème. Ouïe intacte; mais l'introduction du spéculum provoque une quinte de toux violente. Pas de symptômes du côté du système nerveux, réflexes rotuliens conservés.

La toux céda à l'usage des calmants et de l'hydrothérapie.

L'auteur discute l'origine de cette hémiatrophie et de cette paralysie; après avoir écarté l'ataxie, la paralysie bulbaire progressive, il admet

une lésion (hémorragie ?) bulbaire confinée aux noyaux de l'hypoglosse, de l'accessoire et du vague du côté droit. A. CARTAZ.

VII. — Lœwenthal s'est efforcé de découvrir le trajet bulbaire et cérébelleux du faisceau cérébelleux direct et du cordon postérieur en étudiant les dégénérations secondaires survenues chez deux chiens qui avaient subi une lésion expérimentale de la moelle épinière.

Voici ses conclusions :

1° *Trajet du faisceau cérébelleux.* — Le faisceau cérébelleux s'étend à la périphérie du bulbe rachidien, dans sa partie inférieure, de l'extrémité ventrale de la substance gélatineuse jusqu'au niveau du noyau antéro-latéral.

Dans son trajet ultérieur, il gagne deux voies différentes. Une partie de ses fibres se déplace de plus en plus dorsalement et suit le trajet du corps restiforme (portion dorsale du faisceau cérébelleux). Ces fibres se groupent dans la région dorsale et interne de ce corps au niveau des stries médullaires de l'acoustique, dans sa région interne et moyenne au niveau des coupes transversales portant sur le corps trapézoïde et le cervelet. Elles ne se mettent pas en rapport avec les noyaux dentelés. Il est probable qu'elles se terminent dans le vermis supérieur.

Une autre partie du faisceau cérébelleux suit la périphérie ventro-latérale de la moelle allongée qu'elle parcourt d'arrière en avant, en se dirigeant toujours plus latéralement (portion ventrale du faisceau cérébelleux). Dans le voisinage de l'origine apparente de la cinquième paire, elle se porte dans la profondeur, traverse la région latérale du pont, étant recouverte par les fibres du pédoncule cérébelleux moyen. A une petite distance en arrière des tubercules quadrijumeaux postérieurs, elle se fait jour au niveau du sillon latéral de l'isthme, contourne ensuite la périphérie externe du pédoncule cérébelleux supérieur, après quoi elle chemine en arrière dans une direction rétrograde, en décrivant autour de ce pédoncule un demi-tour allongé, et en venant se placer successivement à ses côtés externe dorsal et dorso-interne. C'est cette dernière position qu'elle occupe au moment où le pédoncule cérébelleux supérieur gagne le noyau médullaire du cervelet.

Le trajet ultérieur de cette partie du faisceau cérébelleux n'a pu être élucidé. Dans le cas où la lésion du cordon latéral est limitée à son tiers dorsal, la dégénération ascendante du faisceau cérébelleux ne peut être suivie que dans le corps restiforme. La voie suivie par la portion ventrale du faisceau cérébelleux reste tout à fait indemne.

Les fibres de la portion ventrale du faisceau cérébelleux n'affectent avec le feuillet profond du ruban de Reil que des rapports de contiguïté pendant une partie de leur trajet.

La bandelette de fibres obliques qui se trouve dans l'étage supérieur de l'isthme, en dehors du pédoncule cérébelleux supérieur, contient des tubes nerveux provenant de la portion ventrale du faisceau cérébelleux, ce qui n'exclut pas la possibilité qu'il s'y mêle encore quelques fibres d'origine différente.

Il est probable que le faisceau aberrant du cordon latéral, dont parle von Monakow (*Archiv für Psych.*, XIV) chez le lapin, n'est autre chose, en partie au moins, que la portion ventrale du faisceau cérébelleux.

2° *Trajet du cordon postérieur.* — Lœwenthal a pu suivre la dégé-

nération ascendante des cordons postérieurs dans le bulbe rachidien jusqu'au niveau où le cordon cunéiforme disparaît sur les coupes. Mais il n'a pas pu constater d'altération secondaire dans les différents tractus par lesquels les anatomistes font passer les cordons postérieurs. C'est ainsi que, bien que les cordons postérieurs eussent été coupés entre les deuxième et troisième vertèbres cervicales, il n'y avait point d'altération secondaire ni dans les pyramides, ni dans la portion sensitive des pyramides, ni dans la partie interne des pédoncules cérébelleux inférieurs.

En définitive, ces résultats s'accordent avec les vues de Flechsig, savoir: que les cordons postérieurs trouvent leur première station terminale dans les noyaux correspondants.

Von Monakow (*loc. cit.*), tout en admettant cette conclusion, fait encore passer une partie du cordon cunéiforme dans le corps restiforme du même côté. Mais son expérience a été faite sur le nouveau-né, la lésion intéressait non seulement le cordon postérieur, mais encore la presque totalité du cordon antéro-latéral; enfin, la section a été exécutée immédiatement au-dessous de l'entre-croisement des pyramides, par conséquent déjà au niveau de l'apparition des noyaux des cordons grêles et même des noyaux des cordons cunéiformes. Ces circonstances réunies ébranlent un peu l'exactitude des conclusions auxquelles est arrivé von Monakow, par rapport à la continuation directe du faisceau de Burdach dans le corps restiforme et dans le noyau de Deiters.

Le fait que Vejas (*Archiv. f. Psych.*, XVI) a constaté l'atrophie de la région interolivaire consécutivement à l'ablation du cordon grêle avec son noyau tend à prouver que cette atrophie est plutôt consécutive à la destruction du noyau qu'à celle de la substance blanche du cordon grêle. Quant à la légère atrophie de la partie interne du pédoncule cérébelleux inférieur, constatée par Vejas, cet auteur l'attribue lui-même à l'ablation du noyau du cordon cunéiforme.

Lœwenthal termine en disant que les recherches de von Monakow et de Vejas sur le nouveau-né ne contiennent au fond rien qui soit en contradiction réelle avec ce qu'il a noté chez l'adulte. J. B.

VIII. — Lœwenthal a pratiqué, sur un jeune chat, la section du segment dorso-latéral de la partie inférieure du bulbe rachidien du côté droit et a sacrifié cet animal six semaines après cette opération.

L'autopsie n'a révélé aucune complication inflammatoire ou autre du côté de l'axe céphalo-rachidien.

Siège et étendue de la lésion. — La cicatrice a une direction oblique en haut, ce qui fait que les parties du bulbe intéressées ne sont pas les mêmes à ses deux extrémités. En remontant depuis la partie inférieure de l'entre-croisement des pyramides, la cicatrice apparaît d'abord seulement au niveau de cordon cunéiforme de Burdach; plus haut, elle s'étend à la tête de la corne postérieure et à une partie du processus réticulaire; encore plus haut, elle finit par envahir la partie périphérique du bulbe comprise entre le noyau antéro-latéral et la substance gélatineuse. L'extrémité inférieure du noyau antéro-latéral lui-même n'est que légèrement atteinte à sa partie dorsale; le reste de ce noyau, la substance blanche du bulbe qui le couvre extérieurement, de même que toute la partie ventrale du bulbe se trouvent hors de la cicatrice. Au niveau de la partie supérieure de la cicatrice se voit une cavité qui se présente sur les cou-

pes sous forme d'une fente située le long de la limite ventrale de la tête de la corne postérieure. Cette fente pathologique s'étend au-dessus de la limite supérieure de la cicatrice et finit par disparaître au niveau de l'extrémité inférieure de l'olive.

Du cordon de Burdach il ne reste que sa partie profonde et interne, c'est-à-dire celle qui est dirigée vers la substance grise médiane; le faisceau cérébelleux est presque totalement détruit. Le cordon grêle est seulement un peu déformé mais a échappé à la lésion.

Atrophies secondaires ascendantes. — Les faisceaux qui ont subi l'atrophie dans la direction ascendante sont le faisceau cérébelleux et le cordon cunéïforme de Burdach du côté correspondant à la lésion. On constate en outre une atrophie assez notable de la pyramide, et une atrophie légère de la portion sensitive des pyramides du côté opposé.

Atrophies secondaires descendantes. — Ce sont les plus intéressantes. Outre le faisceau pyramidal, c'est encore le cordon cunéiforme de Burdach qui est atteint; son atrophie s'arrête au bas de la région centrale, tandis que celle du faisceau pyramidal peut être suivie jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire. Mais il y a surtout à noter la disparition des cellules ganglionnaires de la colonne de Clarke du côté correspondant à la lésion, depuis la sixième paire dorsale jusqu'à la troisième paire lombaire. Cette disparition n'est pas toutefois absolue pour les grandes cellules, et les petites ne sont pas modifiées.

Le résultat de cette expérience serait contraire à l'idée de Flechsig qui fait dériver le faisceau cérébelleux des cellules ganglionnaires de la colonne de Clarke, car si le faisceau cérébelleux était dégénéré au-dessus de la lésion du bulbe, il était intact au-dessous. T. B.

I. — **Sulla meningite cerebro-spinale epidemica, par FOA et BORDONI-UFFREDUZZI** (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 53, 1886).

II. — **Ulteriori ricerche sul meningococco, par LES MÊMES** (*Ibidem*, p. 54, 1886).

III. — **De la pachyméningite cervicale hypertrophique curable, par Edgard HIRTZ** (*Archives de méd.*, juin 1886).

IV. — **Zur Localisation des Centrum ano-vesicale im menschlichen Rückenmark (Sur la localisation du centre ano-vésical dans la moelle de l'homme), par KIRCHHOFF** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk.*, Band XV, Heft 3, p. 607).

V. — **Des lésions osseuses dans les maladies du système nerveux, par CARRIEU** (*Gaz. hebdom. de Montpel.*, 1885-86).

I. *et* II. — Sur quatre sujets morts de méningite cérébro-spinale durant la dernière épidémie à Turin, et dont plusieurs offraient en outre une pneumonie, les auteurs ont trouvé constamment dans les exsudats méningés, dans le suc pulmonaire et dans celui de la rate, les mêmes diplocoques ovales lancéolés déjà observés par Leyden, par Bozzolo et par d'autres. Ces microbes, faciles à cultiver, diffèrent absolument (tant par leur forme que par leur mode de développement sur la gélatine et dans le bouillon) du pneumococcus de Friedländer. D'autre part ils sont pathogènes pour le lapin et non pour le cochon d'Inde. Une injection de culture pure (ou du sang d'un animal inoculé) dans le parenchyme pul-

monaire d'un lapin détermine une pneumonie ordinairement limitée à une portion d'un lobe, et remarquable par une coupe moins granuleuse, par un exsudat renfermant peu de fibrine mais beaucoup de globules blancs et de globules rouges, entre lesquels sont des microcoques ovales, isolés ou réunis par paires, en quantité innombrable. L'activité du virus semble augmenter par les passages de lapin à lapin. Une lésion très particulière, qui ne manque jamais sur les animaux en expérience, c'est l'altération de la rate : celle-ci, peu d'heures après l'inoculation, est tuméfiée, de couleur grise et quelquefois noirâtre; à la coupe elle est élastique et ferme, et présente une surface lisse, sans aucune saillie des glomérules, avec état hyalin de la pulpe, qui ressemble à un coagulum sanguin décoloré. Cette lésion existe aussi bien chez les lapins inoculés directement dans le poumon, que chez ceux qui ont reçu le virus par la voie sous-cutanée. H. B.

III. — Deux observations personnelles rapportées par E. Hirtz et rapprochées des observations publiées par Féré et par Berger montrent que le pronostic de la pachyméningite cervicale hypertrophique n'est pas fatalement inexorable. Les sujets de ces observations ont guéri dans un temps plus ou moins long. Leur histoire réclame encore à d'autres points de vue la symptomatologie et l'étiologie de la maladie décrite pour la première fois par Charcot et Joffroy en 1869. C'est ainsi qu'elle montre que le froid peut être convoqué comme cause dans la plupart des cas.

La dénomination de *période atrophique* imposée à la 3ᵉ période de la maladie est un peu arbitraire. Il serait préférable de dénommer cette période : période des troubles trophiques. Les deux malades observés par Hirtz n'ont en effet pas présenté de véritable atrophie. Seuls les ongles étaient altérés. Les muscles avaient conservé leur volume normal. Ces malades ont été atteints l'un et l'autre d'un hoquet tenace qui persista jour et nuit deux semaines dans un cas, et neuf mois dans l'autre. Un autre trouble morbide qui n'avait pas encore été signalé a été relevé par Hirtz. Les deux malades ont présenté de l'azoturie, qui disparut au moment de la guérison. Un malade rendit pendant toute la durée de sa maladie environ 76 grammes d'urée par litre.

Il faut signaler encore de véritables crises de satyriasis, suivies d'une impuissance absolue, mais temporaire. RICHARDIÈRE.

IV. — Un homme de 30 ans, en tombant de cheval, se fait une fracture de la colonne vertébrale, qui entraîne comme conséquences immédiates de la paraplégie et de la rétention d'urine. Au bout de trois semaines, la rétention fit place à l'incontinence (urines et matières fécales). La paraplégie se dissipa lentement après que le malade eût été relégué dans son lit pendant plus de trois mois. L'incontinence persista au contraire, et obligea le malade à entrer à l'hôpital, environ dix-huit mois après la chute qui avait été le point de départ des accidents. Il s'était développé en outre une cystite compliquée d'une pyélo-néphrite, et, finalement, le malade succomba dans le coma, un mois après son entrée à l'hôpital. Des applications de pointes de feu, le long de la colonne vertébrale, n'avaient déterminé aucune amélioration.

Autopsie. — Spondylite traumatique de la portion lombaire du rachis, avec compression de la moelle, œdème du cerveau et des méninges. Hydrocéphalie. Hyperémie du cerveau. Bronchite purulente. Cystite purulente avec formation de diverticules, pyélite et pyélonéphrites purulentes. Abcès de la prostate. La première vertèbre lombaire était comprimée et déformée en forme de coin, à sommet tourné en avant, la base ne mesurant pas plus de 2 cen-

timètres de hauteur. A ce niveau le canal rachidien était rétréci de 1 centimètre; la moelle était atrophiée et avait subi un amincissement en rapport avec le degré de rétrécissement du canal. L'atrophie atteignait son maximum au niveau du renflement lombaire dans le voisinage de l'émergence des 3e et 4e paires sacrées. Elle intéressait le cône dans toute sa masse, mais principalement la moitié droite, et de telle sorte que les cordons antérieurs et postérieurs de ce côté étaient considérablement amincis et qu'il restait à peine une trace du cordon latéral. Dans la corne antérieure à droite, les cellules ganglionnaires avaient pour la plupart disparu. Les racines antérieures paraissaient être intactes. E. RICKLIN.

V. — Dans ce mémoire Carrieu a eu plus spécialement en vue les lésions trophiques des os, encore peu décrites, que l'on trouve dans les cas d'atrophie musculaire et de sclérose diffuse. D'après l'auteur on ne saurait admettre dans tous les cas un processus complètement identique. Au point de vue anatomo-pathologique, le tissu osseux peut être le siège ou bien d'une atrophie simple par ostéite raréfiante, ou bien d'un travail plus complexe de résorption avec ramollissement et de substitution de la moelle graisseuse à la substance fondamentale de l'os.

Au point de vue clinique, la sclérose des cordons postérieurs, systématisée ou diffuse, paraît plutôt s'accompagner d'ostéite raréfiante. L'atrophie de certains groupes cellulaires des cornes antérieures, les lésions cérébrales, et les névrites périphériques semblent plus spécialement produire le ramollissement et l'envahissement graisseux du tissu osseux.

Le mécanisme de la production de ces altérations, encore incomplètement connu, n'est pas toujours identique. Les troubles trophiques osseux peuvent être comparés aux atrophies musculaires; mais de même que le cadre des amyotrophies a dû être élargi, de même il faut admettre au point de vue étiologique et pathogénique diverses espèces de lésions osseuses d'origine nerveuse. A. MOSSÉ.

I. — Ueber Poliomyelitis anterior acuta und Landry'sche Paralyse (Poliomyélite antérieure aiguë et paralysie de Landry), par IMMERMANN (*Berl. kl. Woch., p.* 471, *juillet* 1885. *et Corr. Blatt f. schw. Aerzte, p.* 495, *octobre* 1885).

II. — Fall von acuter Myelitis mit beiderseitiger Ophthalmoplegie (Myélite aiguë avec ophtalmoplégie double), par KNAPP (*Berl. klin. Woch., p.* 835, *décembre* 1885).

III.— Myelitis acuta disseminata, par KÜSSNER et F. BROSIN (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., XVII, Heft* 1, *p.* 239).

IV. — Ueber einem merkwürdigen Fall von periodischer Læhmung alter vier Extremitaten, etc. (Paralysie périodique des quatre membres, d'origine palustre), par C. WESTPHAL (*Berl. kl. Woch., p.* 489-509, *août* 1885).

V. — Nachtrag zu dem Aufsatze; ueber, etc. (Nouvelle note à propos de ce fait), par WESTPHAL (*Ibidem, p.* 165, *mars* 1886).

VI. — Sulla meningite cerebrospinale epidemica in Sicilia, par GIUFFRE (*Broch., Palerme,* 1885).

I. — Chez un jeune homme de 22 ans, se développe une paralysie ascendante, flasque, de la motilité des quatre membres ainsi que des muscles ab-

dominaux vésicaux. La sensibilité était intacte. Plus tard vinrent s'ajouter des phénomènes bulbaires qui rétrocédèrent complètement.

Les réflexes, conservés au début, finirent par disparaître, mais les paralysies restèrent stationnaires sans se compliquer d'atrophie musculaire ni de modification de l'excitabilité.

Le malade ayant succombé à une pneumonie, son autopsie révéla une poliomyélite antérieure aiguë de date récente.

Immermann conclut de ce fait que la paralysie de Landry et l'inflammation aiguë des cornes antérieures grises de la moelle ne sont que des degrés différents d'un même travail morbide. J. B.

II. — Un homme bien portant, mais ayant contracté la syphilis il y a 8 ans, ayant commis un jour des excès de boisson contre son habitude, est pris à la fois d'amaurose et d'une paralysie ascendante commençant par les orteils; au bout de 15 jours, il s'y joint une paralysie nucléaire des muscles oculaires et, 2 jours plus tard, une paralysie du bulbe à laquelle le malade succomba le 21e jour de sa maladie.

Autopsie : Congestion des méninges médullaires qui laissent échapper à l'incision une grande quantité de liquide trouble. Ramollissement de la moelle dorsale, surtout à sa partie supérieure, et du renflement lombaire. La moelle cervicale n'a pas changé de consistance, mais seulement de teinte. Liquide cérébral sous-arachnoïdien abondant. Pie-mère de la base hyperémiée; chiasma, bandelettes et nerfs optiques gonflés, mous, gris rougeâtre. J. B.

III. — Küssner et Brosin relatent l'observation d'un typographe âgé de 24 ans, qui, sans cause appréciable, fut frappé d'une paralysie complète de la vessie et des membres inférieurs avec mouvements fébriles. Huit jours après le début des accidents, au moment où le malade fut examiné pour la première fois à l'hôpital, il existait une paralysie motrice et sensitive des membres inférieurs, une parésie motrice des membres supérieurs, une paralysie complète des sphincters; l'anesthésie remontait jusqu'au niveau de la douzième vertèbre dorsale et des côtes inférieures. Vers le dizième jour, le malade présenta des signes d'un catarrhe de la vessie, d'une ulcération du décubitus, qui se compliqua d'une gangrène de la peau et d'une éruption érysipélateuse des parties génitales et des cuisses. Fièvre élevée (40° 6).

Le malade succomba le 24e jour. A l'autopsie on trouva une insuffisance aortique due à l'accolement de deux valves de la valvule aortique qui avait été méconnue du vivant du malade; une embolie des artères pulmonaires; enfin une myélite (leucomyélite principalement) disséminée, affectant sa plus grande extension dans le segment dorsal où les îlots de myélite étaient très confluents. Ces îlots allaient en diminuant de nombre dans le segment cervical et dans le segment lombaire. Au centre de chacun d'eux, se voyait un vaisseau; l'îlot lui-même était infiltré de cellules plus ou moins volumineuses parsemées de lacunes vides. Il s'agissait, selon les auteurs, d'un processus inflammatoire parvenu à différents stades de son évolution et ayant débuté par une diapédèse de globules blancs, qui avait eu pour conséquence la destruction des éléments du tissu nerveux. Il existait en outre une dégénérescence secondaire des cordons postérieurs, s'étendant à travers la partie postérieure du segment dorsal jusque dans le segment cervical, et une dégénérescence descendante de la portion périphérique des cordons latéraux, qui intéressait la partie inférieure du segment dorsal et le segment lombaire. Ces dégénérescences secondaires trouvaient leur raison d'être dans cette circonstance que la moelle dorsale, à un certain niveau, était détruite dans presque toute son épaisseur par le processus inflammatoire. Suivent quelques considérations sur le diagnostic différentiel. Les auteurs se prononcent en faveur de l'origine infectieuse de cette myélite. E. RICKLIN.

IV. — Garçon de 12 ans, présentant des attaques à retours irréguliers de paralysie occupant les 4 membres, s'accompagnant d'une abolition complète de l'excitabilité électrique des muscles. Les accidents atteignent généralement leur summum la nuit et disparaissent le lendemain. Ils débutent par les membres inférieurs, où ils sont annoncés par des picotements et sont accompagnés de chaleur et de sueur. Ils envahissent ensuite les muscles des membres supérieurs et du cou. En même temps, le jeune malade éprouve une soif vive et de faux besoins de miction; il n'a plus la force de tousser ni d'éternuer, mais ne présente aucune trace de dyspnée. Les paralysies sont complètement flasques. La sensibilité est intacte, à part une diminution des réflexes tendineux. Les nerfs crâniens sont absolument indemnes. Les urines sont normales. Le mouvement reparaît d'abord aux membres supérieurs.

Dans les intervalles libres, qui durent de 1 à 4 semaines, aucun trouble morbide, notamment point d'hypertrophie splénique.

Ce jeune garçon n'a pas d'hérédité nerveuse; comme maladie antérieure, il n'a eu qu'une scarlatine avec néphrite consécutive, il y a 4 ou 5 ans.

La première attaque de paralysie est survenue quelque temps après une exposition à l'air froid.

Westphal a rassemblé les cas plus ou moins analogues de la littérature médicale qui ont été rapportés à une fièvre paludéenne larvée et traités avec succès par la quinine.

Malgré de nombreuses ressemblances, ces faits sont différents de celui de Westphal. Ainsi, chez les malades de Cavaré et d'Hartwig, la parole et la déglutition étaient difficiles; chez le malade d'Hartwig, en outre, il subsistait de la parésie entre les paroxysmes.

Bien qu'il n'ait pas essayé la quinine chez son malade, Westphal rejette l'idée d'une fièvre paludéenne larvée, à cause du retour irrégulier des attaques et de l'absence d'hypertrophie de la rate.

V. — Dans cette note, Westphal ajoute aux faits empruntés à la littérature médicale ceux de Gibney (*R .S. M.*, XXI, 124), que celui-ci rattache aussi à la fièvre intermittente, mais Westphal ne trouve pas probante la démonstration de l'origine paludéenne. J. B.

VI. — La méningite cérébro-spinale épidémique a été bien reconnue depuis 1558, où elle fut décrite par Ingrassias. Les épidémies de Sicile ont eu lieu en 1842-1846, et en 1882; elles ont duré de 3 ou 6 mois à un an et plus, sans distribution géographique régulière. L'influence des saisons, du sexe, de l'âge, du sol est incertaine; les conditions hygiéniques ont plus d'importance. C'est en effet une infection spécifique, à rapprocher de la malaria ou des fièvres infectieuses. Elle paraît produite par un micrococcus, mais la démonstration par cultures et inoculations aux animaux fait complètement défaut. F. BALZER.

I. — Zur Casuistik der acuten Ataxie, par KANNENBERG (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Band IX*, *Heft* 6, *p.* 588).

II. — Ueber Tabes dorsalis mit erhaltenen Patellarreflexen (Tabes avec conservation des réflexes rotuliens), par L. HIRT (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 153, 8 *mars* 1886).

III. — Beiträge zür Ætiologie und Therapie des Tabes dorsalis, par A. EULENBURG (*Arch. f. path. An. und Phys. XCIX*, *Heft* 1, *p.* 18).

IV. — Generalised locomotor ataxy, par Arthur WYNNE FOOT (*The Dublin Journ. of med. sc.*, *p.* 392, *mai* 1886).

V. — Zur Casuistik der Tabes, par PRIBRAM (*Soc. des méd. de Prague, février* 1886).

VI. — Des accidents apoplectiformes survenant au début ou dans le cours du tabes, par STECEWICZ (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

VII. — Vorstellung eines Falles von Tabes dorsalis complicirt mit Diabetes mellitus (Tabes compliqué de diabète sucré), par OPPENHEIM (*Berl. kl. Woch., p.* 815, 7 *décembre* 1885).

VIII. — Ein Fall von Tabes complicirt mit Diabetes mellitus, par A. REUMONT (*Ibidem, p.* 207, 29 *mars* 1886).

IX. — Atrophie der Sehnerven und Tabes dorsalis in Folge von Syphilis (Tabes et atrophie du nerf optique, d'origine syphilitique), par LANDESBERG (*Berl. kl. Woch., p.* 529, 17 *août* 1885).

X. — On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises, par James ROSS (*Brain, p.* 24, *avril* 1886).

XI. — Ueber Vagus-Erkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis (Affection du pneumogastrique dans le cours du tabes), par OPPENHEIM (*Berl. kl. Woch., p.* 616, 21 *septembre* 1885).

XII. — Contribution à l'étude d'un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques, par E. CAPDEVILLE (*Thèse de Paris*, 1886).

XIII. — Artropathie tabétique de la colonne vertébrale, par PITRES et VAILLARD (*Compt. rend. Soc. de Biologie*, 21 *novembre* 1885).

XIV. — Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice, par V. GALIPPE (*Ibidem*, 8 *mai* 1886).

XV. — Contribution à l'étude du pied tabétique, par DEVIS (*Thèse de Paris*, 1886).

XVI. — Un cas de pied tabétique double à la première période du tabes, par TROISIER (*Soc. méd. des hôp., avril* 1886). **— Un autre cas, par FÉRÉOL** (*Ibidem*).

XVII. — Étude sur la configuration des empreintes plantaires chez les tabétiques, par COUTURIER (*Thèse de Lyon*, 1885).

XVIII. — Primary sclerosis of the columns of Goll (Sclérose primitive des cordons de Goll, compliquée d'ophthalmoplégie externe), par James ROSS (*Brain, p.* 34, *avril* 1886).

XIX. — Du tabes combiné (ataxo-spasmodique) ou sclérose postéro-latérale de la moelle), par GRASSET (*Arch. de Neurol., XI, p.* 156-380, *et XII, p.* 27).

XX. — Ueber einer eigenthümlichen Symptomencomplex bei Erkrankung des Rückenmarks (Complexus symptomatique spécial en rapport avec une altération des cordons postérieurs), par C. WESTPHAL (*Arch. f. Psych. u. Nerv., Band XVI, Heft* 2 *et* 3, *p.* 778).

I. — Kannenberg rapporte une observation d'ataxie aiguë, remarquable par les particularités suivantes:

Début absolument spontané. Terminaison par la mort au bout d'un an. Il y eut cependant une amélioration passagère au quatrième mois, à l'époque où guérissent d'ordinaire les ataxies aiguës consécutives aux maladies infectieuses.

Troubles de la vision très singuliers dus probablement à l'ataxie des muscles de l'œil. Par suite de ces troubles le malade ne tenait plus facilement debout les yeux fermés.

L'autopsie n'a malheureusement pu être faite. — Le malade n'eut jamais de douleurs fulgurantes; le réflexe patellaire était conservé. M. DEBOVE.

II. — Hirt publie trois cas d'ataxie locomotrice dans lesquels le signe de Westphal faisait défaut, c'est-à-diré que les réflexes rotuliens étaient conservés. Deux de ces malades sont encore vivants, mais la mort du troisième a permis de vérifier le diagnostic.

Westphal dit avoir observé deux faits analogues. J. B.

III. — Eulenburg, en 4 années, a réuni 125 observations, incontestables, de tabes, et recherché si, dans tous ces cas, la syphilis pouvait être la cause certaine de l'affection médullaire. Il relève même le chancre mou dans les antécédents de ses malades. Il reconnaît que la syphilis se retrouve très fréquemment dans le passé des tabétiques, mais il croit qu'elle n'agit pas en tant que maladie spéciale. Elle serait une cause d'affaiblissement prédisposant indirectement au tabes au même titre que l'hérédité (l'auteur n'a pas en vue la maladie de Friedreich), le froid, les fatigues, les chagrins, les traumatismes, les altérations de la colonne vertébrale, etc. Les phénomènes du tabes sont sensiblement les mêmes, qu'il ait été ou non précédé de la syphilis. Au point de vue du pronostic et du traitement, il n'y a aucune différence à établir entre le tabes non syphilitique et le tabes postsyphilitique, l'auteur reconnaît d'ailleurs que ce ne serait pas une raison suffisante pour affirmer que le tabes n'est pas causé par la syphilis. P. GALLOIS.

IV. — Relation intéressante de l'observation d'un médecin dont l'ataxie a été suivie pendant dix ans, et qui, malgré les symptômes les plus sévères, finit par guérir à peu près complètement. Cet homme avait contracté la syphilis en 1861, et à partir de 1863 n'en avait plus éprouvé le moindre symptôme. En 1865, il s'était livré à des excès vénériens énormes. Le début de l'ataxie remontait à l'année suivante, où, pour la première fois, il s'était aperçu d'un certain degré d'affaiblissement et de difficulté dans la marche. Jamais il n'eut de douleurs fulgurantes. Le symptôme prédominant fut chez lui, outre l'incoordination motrice, une anesthésie complète pour le contact et pour la douleur, mais non pour la température; une perte presque absolue de la sensibilité musculaire et du sens génital, enfin quelques troubles de la vue caractérisés surtout par de la diplopie. Jamais il n'eut de crises viscérales ni de troubles trophiques.

L'auteur rapporte en grand détail les diverses médications auxquelles fut soumis le malade. Il ressort de cette énumération que ce fut surtout l'électrisation, aussi bien par courants induits que par courants galvaniques, qui commença à produire de bons résultats, jointe à l'usage interne de l'ergot de seigle. Le mouvement et la force musculaires revinrent plus tôt que la sensibilité. L'iodure de potassium, puis le phosphore, parurent également lui être fort utiles. En 1873, au bout de 3 ans de traitement, il put reprendre un service actif comme médecin d'un paquebot, et à partir de ce moment l'amélioration s'accentua de plus en plus, au point qu'il reprit l'exercice complet de sa profession en 1879.

L'auteur discute l'étiologie de cette affection et croit plutôt à l'influence de la syphilis comme facteur pathogénique qu'à celle des excès; ces derniers étaient tels, qu'ils devaient déjà dépendre d'une excitation morbide de la moelle; c'était déjà un effet du tabes commençant et non une cause. H. R.

V. — Pribram rapporte un cas analogue d'ataxie observée chez un syphilitique et cédant en grande partie à l'influence de la médication spécifique.

Le chancre datait de 14 ans, les premiers symptômes de tabes de 3 ans; il y a deux ans, symptômes oculaires, paralysie du droit supérieur et de l'oblique inférieur, puis des droits interne et inférieur. Au mois de juin 1885, l'auteur observe le signe de Romberg, l'absence de réflexes, les douleurs lancinantes, le rétrécissement des pupilles, l'ataxie. A la fin de l'année, tous les signes ont augmenté, l'affaiblissement est tel que le malade peut à peine se tenir debout. On institue alors un traitement énergique par les frictions mercurielles. Succès rapide. Amélioration de l'état des yeux; diminution de l'ataxie. Le 19 février le malade est capable de faire plusieurs centaines de pas, bien qu'il ait encore la démarche caractéristique et la pointe du pied projetée en dehors. L. GALLIARD.

VI. — Thèse inspirée par Pitres, et riche d'une vingtaine d'observations. L'auteur divise les accidents apoplectiformes du tabes en quatre catégories : 1° simple éblouissement sans perte de connaissance et sans paralysie; 2° éblouissement avec perte de connaissance, sans paralysie; 3° apoplexie avec perte de connaissance et paralysie consécutive; 4° apoplexie suivie de mort. Les paralysies de la troisième classe d'accidents ne surviennent pas immédiatement après le début de l'attaque; elles peuvent être mobiles et se déplacer d'un membre à l'autre et disparaissent sans laisser de traces. D'une façon générale, les accidents apoplectiformes sont d'autant plus graves que le tabes est plus ancien et sont suivis d'une aggravation des symptômes de l'ataxie. ARNOZAN.

VII. — Femme de 36 ans, atteinte depuis longues années d'ataxie locomotrice très avancée, à laquelle, dans ces derniers mois, sont venus se joindre les symptômes du diabète.

Outre les signes habituels du tabes, cette malade a de l'anesthésie du trijumeau avec perte du goût au niveau de la moitié antérieure de la langue, des crises gastriques extrêmement violentes, avec irradiation vers l'épigastre et le long de l'œsophage; enfin des crises laryngées caractérisées par des accès de toux convulsive et d'éternuements spasmodiques, avec phénomènes de suffocation.

Dans ces derniers temps, la salivation à laquelle elle était sujette s'est trouvée remplacée par une sensation de sécheresse dans la gorge; la malade se plaint continuellement d'une soif insatiable. Elle a de la polyurie, plus de 3 litres dans les 24 heures. Les urines contiennent de 0,7 à 1,3 pour cent de sucre; leur densité est de 1012 à 1015. La malade présente en outre une albuminurie modérée, de la sécheresse de la peau et un affaiblissement croissant.

Oppenheim est d'avis qu'il y a un rapport intime entre les deux affections de cette femme, ataxie et diabète. Elle offre en effet d'autres symptômes d'une affection bulbaire : anesthésie du trijumeau, crises gastriques et laryngées. Si l'on considère, d'autre part, que dans les cas de diabète où l'on a rencontré des lésions nécropsiques elles occupaient surtout la région des noyaux pneumogastriques (*ala cinerea*), il devient vraisemblable que c'est l'extension des processus tabétiques à cette région qui a déterminé d'abord les crises et ultérieurement le diabète. Cl. Bernard a d'ailleurs montré que l'excitation du bout central du pneumogastrique provoque un diabète réflexe; il en est de même des tumeurs siégeant sur le tronc de ce nerf.

Il n'existe dans la littérature aucun fait semblable à celui d'Oppenheim.

En revanche, l'albuminurie a été plusieurs fois signalée pendant les crises gastriques.

On a cité de nombreuses observations de tabes compliqué de diabète insipide et quelques-unes de tabes compliqué de sclérose en plaques.

Ehrenhaus mentionne un fait personnel où l'ataxie locomotrice s'est développée dans le cours d'un diabète. J. B.

VIII. — Le cas de Reumond est assez analogue.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, atteint de syphilis 12 ans auparavant, et depuis quelques mois offrant des symptômes tabétiques (parésie du moteur oculaire commun, troubles de sensibilité du trijumeau, myosis, douleurs fulgurantes). Plus tard survient de la polyurie avec urines faiblement sucrées (0,6 pour 100). L'évolution du cas montra la persistance de cette glycosurie, bien que les autres symptômes du diabète, notamment la soif, fussent peu accentués. Le traitement mercuriel fut impuissant. J. B.

IX. — Homme ayant contracté un chancre suivi d'éruptions cutanées à l'âge de 30 ans en 1868.

Santé parfaite jusqu'en octobre 1878, où il est pris de diplopie tenant à une parésie du moteur oculaire externe gauche; les accidents cèdent au bout de quelques jours par l'emploi combiné de l'électricité et des bains de vapeur russes. En 1879, troubles digestifs graves accompagnés de crampes stomacales très violentes, revenant presque chaque soir. Puis ce furent des arthrites, atteignant successivement les deux genoux et les cous-de-pied, caractérisées par un gonflement médiocre, mais par des douleurs intenses, surtout nocturnes. Quand les arthropathies cédèrent, les troubles gastriques reparurent compliqués de douleurs rhumatoïdes dans le dos et les membres inférieurs.

En août 1881, premiers troubles de la sensibilité dans les jambes, et, à la plante des pieds, fourmillements, douleurs fulgurantes, etc. En décembre, diminution subite de la vision des objets rapprochés qui rétrocède spontanément au bout de quelques jours.

A partir de février 1882, affaiblissement considérable des deux yeux. Sensibilité et motilité normales de la tête, du tronc et des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, légère diminution de la sensibilité tactile avec retard des impressions douloureuses. Sens musculaire et force motrice intacts. Réflexes rotuliens manquent. Démarche ataxique. Rétrécissement des pupilles. Atrophie des papilles optiques.

Frictions d'onguent gris. Dès le 10e jour de ce traitement, amélioration sensible; à partir du 40e, la vision revient graduellement, les réflexes rotuliens reparaissent. Tous les troubles subjectifs ont disparu, de même que les phénomènes d'ataxie.

La guérison se maintient entière depuis 18 mois; il ne reste plus même le rétrécissement léger de la pupille droite qui a persisté en dernier lieu. J. B.

X. — Homme de 35 ans, ayant eu la syphilis en 1870. Début de la maladie en 1881, par des crises de douleurs gastriques accompagnées de vomissements bilieux qui revenaient presque tous les jours; le matin, pas de troubles moteurs, sauf une certaine incertitude de la marche dans l'obscurité. Bientôt après, diplopie, puis prolapsus des paupières et diminution de l'acuité visuelle; amblyopie progressive. En 1882, le malade commence à avoir une respiration laryngée bruyante; de temps à autre surviennent des crises paroxystiques de dyspnée laryngée avec reprises sifflantes comme dans la coqueluche. Vers cette époque seulement, sans avoir passé par la phase des douleurs fulgurantes ni de l'incoordination motrice, il perd rapidement ses forces et devient paraplégique.

Au moment de son admission, c'est un tabétique à la dernière période. Impossibilité de se tenir debout, anesthésie complète, cécité presque absolue,

crises gastriques et surtout crises laryngées excessives : bientôt escarres au sacrum et mort.

Autopsie. — Sur une coupe transversale du bulbe faite au niveau du tiers moyen de l'olive, on voit que la sclérose a gagné la couche de substance blanche qui recouvre la surface du noyau cunéiforme et qui est le prolongement supérieur du cordon de Goll, ainsi que celle qui est contiguë au noyau triangulaire et qui représente la continuation de la zone radiculaire spinale. La racine ascendante de la 5e paire est manifestement sclérosée. Le fasciculus rotundus est presque entièrement détruit, et un grand nombre des racines du pneumogastrique atrophiées. Des coupes des pédoncules cérébraux montrent que les noyaux des 3e et 4e paires sont malades : la substance grise du plancher du 4e ventricule est parsemée d'éléments embryonnaires, et les vraies cellules nerveuses sont rares, dépouillées de leurs prolongements axiles. Les fibres de la 3e paire et de la 4e, ainsi que de la racine descendante du trijumeau, sont atrophiées.

L'auteur insiste sur les lésions du pédoncule cérébral et en déduit des conséquences relativement à la théorie des symptômes oculaires du tabes et notamment du myosis.

XI. — Chez une femme tabétique ayant des crises gastriques et laryngées, Oppenheim a trouvé à l'autopsie une atrophie considérable du tronc du nerf pneumogastrique, tandis que l'examen des noyaux dans le bulbe n'a rien montré d'insolite.

Oppenheim présente ensuite une autre femme tabétique qui offre en même temps que des crises laryngées une parésie des muscles du larynx.

Westphal trouve que l'expression de crises laryngées est impropre, c'est convulsions laryngées qu'il convient de dire.

Remak rappelle un cas de *Boecker*, dans lequel une paralysie unilatérale du crico-aryténoïdien postérieur fut pour ainsi dire le premier symptôme du tabes. J. B.

XII. — On observe chez les tabétiques un état dystrophique permanent de la peau, caractérisé par une véritable ichthyose. La peau est épaissie, lâche et recouverte de squames plus ou moins larges, de façon à reproduire les variétés pityriasique et serpentine de l'ichthyose classique. Les régions où prédomine ce trouble trophique sont celles où l'on a constaté des troubles marqués de la sensibilité (douleurs fulgurantes, fourmillements, hyperesthésie, etc.). La sueur est généralement supprimée au niveau des plaques ichthyosiques, dont la chute des ongles n'est qu'une extension.

L'ichthyose des tabétiques est une altération de la peau, jusqu'à présent incurable, au même titre que les altérations permanentes des os. H. R.

XIII. — La colonne vertébrale n'échappe pas plus que les autres parties du squelette aux troubles trophiques décrits par Charcot sous le nom d'arthropathies tabétiques. Les arthropathies vertébrales se développent en général sans douleur ; elles produisent des déformations notables pouvant simuler, dans certains cas, des lésions tuberculeuses ou néoplasiques des os.

Les auteurs ont observé un cas d'arthropathie de la colonne vertébrale chez un homme de 56 ans, présentant une sclérose manifeste de toute l'épaisseur des cordons postérieurs dans la région dorsale et des cordons de Goll seulement dans la région cervicale. Les os du bassin, les fémurs et un certain nombre de vertèbres, principalement les deux premières lombaires, offraient les altérations connues dans le tabes. F. H.

XIV. — La chute spontanée des dents chez les individus atteints d'ataxie locomotrice ne peut être attribuée exclusivement à des troubles trophiques. Les dents que Galippe a examinées étaient envahies par des parasites en apparence identiques à ceux qu'on observe dans l'ostéopériostite alvéolo-dentaire. Sur les nombreux ataxiques dont il a examiné la bouche, il n'a jamais eu l'occasion d'observer les altérations spécifiques des dents dont quelques auteurs font mention.

L'auteur décrit dans sa note un appareil prothétique destiné à un malade qui avait une communication entre la cavité buccale et les sinus maxillaires, et pour laquelle la déglutition des liquides était presque impossible. F. H.

XV. — L'auteur rapporte 7 observations déjà publiées et 2 inédites recueillies dans le service de Charcot et pose les conclusions suivantes :

Au même titre que les autres arthropathies, le pied tabétique est une manifestation du tabes dorsal survenant pendant la première période.

Le début est insidieux, la marche chronique, et la durée indéterminée; les déformations évoluent simultanément et on ne connaît pas encore de cas de guérison. Le pied tabétique se caractérise par la tuméfaction dorsale du tarse et de l'articulation tarso-métatarsienne, par l'épaississement du bord interne du pied avec saillie vers son milieu, par l'affaissement de la voûte plantaire, d'où formation d'un pied plat spécial.

L'hyperthermie locale indique un travail inflammatoire intense ; de même la congestion sudorale des maux perforants démontre la nature trophique de la maladie.

Anatomiquement, il s'agit d'une ostéo-arthrite, avec ostéite à la fois raréfiante et hypertrophique.

La lésion centrale est problablement localisée aux cornes antérieures.

Les causes déterminantes de l'affection sont inconnues. H. L.

XVI. — Homme de 49 ans présentant, à partir d'août 1885, la série des accidents classiques : douleurs, abolition du réflexe, anesthésie, etc. ; 3 mois après, les pieds commencèrent à se déformer; le 15 janvier, on constate les altérations suivantes : il y a une saillie du dos du pied répondant à la rangée antérieure des os du tarse ; l'épaisseur du pied est de 7^{cm} 1/2 à droite, de 6^{cm} 1/2 à gauche, au lieu de 5, chiffre normal. La voûte plantaire persiste, et l'empreinte des pieds est normale ; le pied est raccourci, la peau est saine.

Chez le malade de Féréol, le pied ne présente ni le type creux du malade de Troisier, ni le type plat de celui de Chauffard. Féreol conclut que la forme du pied tabétique n'a rien de caractéristique ni de constant. H. L.

XVII. — Ce travail, inspiré par Teissier, a pour but de vérifier l'exactitude de la description de l'empreinte signalée par ce professeur, et qui se caractérise par une saillie angulaire sur le bord interne, due à la proéminence de l'extrémité postérieure du gros orteil, par l'étroitesse de la plante du pied, par un pont réunissant l'empreinte du gros orteil à celle de l'arcade des métatarsiens. Chez 18 malades atteints d'incoordination des 2 jambes, ayant laissé 34 empreintes, on trouve 32 fois le pont au gros orteil, 34 fois l'angle interne saillant; l'étroitesse du pied a fait défaut plus souvent, car 4 fois la largeur est normale, 10 fois elle dépasse la moyenne ; chez 3 malades hémiataxiques, l'empreinte était très nette du côté incoordonné; chez 4 tabétiques frustes sans ataxie les empreintes plantaires ont été également caractéristiques.

La comparaison avec des empreintes de pieds sains ou chez des ma-

lades atteints d'affections nerveuses montre que ces signes sont très importants, mais non absolument constants ; ils semblent être proportionnels à l'ataxie. H. L.

XVIII. — Homme de 35 ans; soupçons de syphilis dans sa jeunesse, sans certitude; bonne santé jusqu'en 1882. A cette époque, il ressent une certaine faiblesse autour des genoux. Cette faiblesse s'accroît, et rend la marche impossible. Jamais le malade n'a éprouvé de douleurs fulgurantes ni de troubles de la sensibilité.

A son admission (15 avril 1885), c'est un homme encore vigoureux; il a du ptosis palpébral et de la parésie des muscles de l'œil, mais les pupilles ont gardé leur faculté de se contracter et de se dilater. La vision est diminuée, le sens des couleurs est perdu; l'ophthalmoscope révèle une pâleur notable des papilles. Le malade bredouille en parlant, et cela depuis peu de temps.

La sensibilité est légèrement émoussée aux membres inférieurs, mais la sensibilité articulaire persiste, et le malade a la notion de la position de ses membres. Le signe de Romberg est très net, ainsi que la suppression du réflexe tendineux. La marche est incertaine, mais nullement désordonnée ni ataxique. Les douleurs fulgurantes sont nulles, sauf dans les dernières semaines de sa vie, où elles se montrent accidentellement. Aucun symptôme cérébral.

Le malade meurt subitement, trois mois après son entrée à l'hôpital, emporté par une attaque apoplectique.

L'autopsie ne donne pas l'explication de la mort subite, le cerveau était seulement congestionné et les ventricules contenaient plus de sérosité qu'à l'état normal.

Les cordons de Goll étaient sclérosés dans toute leur étendue, mais la lésion ne remontait pas jusqu'au bulbe. Au niveau des 4e et 5e nerfs sacrés, la lésion débordait les cordons de Goll et passait derrière les cordons postérieurs jusqu'au niveau de la zone radiculaire postérieure (colonne de Burdach). — Au niveau de la 4e paire de nerfs lombaires, la sclérose s'enfonçait presque jusqu'à la commissure postérieure et s'étendait latéralement jusqu'au voisinage de la zone radiculaire; à partir de la région dorsale, la lésion était strictement limitée aux cordons de Goll.

Dans le bulbe, le faisceau rond était atteint d'un léger degré de sclérose; mais les racines ascendantes de la 5e paire étaient normales. Dans les pédoncules cérébraux, le plancher de l'aqueduc de Sylvius était scléreux, et quelques fibres de la 3e paire atrophiées. H. R.

XIX. — De trois observations personnelles qu'il a résumées, et de trente-trois cas (suivis d'autopsie), Grasset croit pouvoir conclure qu'il existe un type clinique, distinct des autres maladies de la moelle, et qui mérite une place à part dans les cadres de la neuropathologie. Il propose de l'appeler tabes combiné (ataxo-spasmodique). Ce syndrome n'est nullement caractérisé par son étiologie. Beaucoup de cas de maladies de Friedreich doivent être rangés sous cette dernière dénomination; mais ce n'est pas le fait d'être héréditaire qui les caractérise. L'individualité du tabes combiné est constituée par son tableau symptomatique et sa lésion anatomique.

Symptomatiquement, il est caractérisé par l'association des symptômes du tabes ataxique (douleurs fulgurantes, anesthésies, incoordination motrice), des symptômes du tabes spasmodique (paralysies ou parésies, et surtout contractures ou autres phénomènes d'excitation motrice) et des symptômes communs à tous les tabes (troubles céphaliques et mésocéphaliques).

Anatomiquement, il est caractérisé par une myélite chronique à siège spécial et constant. Cette sclérose occupe les cordons postérieurs et les cordons latéraux. On ne peut considérer cette lésion ni comme entièrement systématisée, ni comme entièrement diffuse. Elle est systématisée dans les cordons postérieurs et diffuse dans les cordons latéraux. Cette association constitue donc une myélite mixte.

Il y a aussi dans beaucoup de cas des lésions mésocéphaliques, céphaliques ou même périphériques. C'est cette complexité anatomique (commune à tous les tabes) qui doit faire préférer le nom de tabes combiné (maladie cérébro-spinale) à celui de sclérose médullaire postéro-latérale, de même que le mot tabes dorsal ou ataxique est préférable à l'expression de sclérose médullaire postérieure.

Le tabes combiné doit être distingué du tabes ataxique, du tabes spasmodique, des myélites diffuses et de la sclérose en plaques; les caractères cliniques sont assez tranchés pour rendre possible le diagnostic différentiel. Le tabes combiné a beaucoup d'indications communes avec l'ataxie locomotrice progressive; mais il en a aussi de spéciales; ce qui prouve que la connaissance de cette maladie nerveuse particulière est importante, non seulement au point de vue de la science nosologique, mais encore au point de vue de la pratique et de la thérapeutique.

DESCOURTIS.

XX. — Le complexus symptomatique, décrit par Westphal comme une nouveauté, a été observé chez un homme de 47 ans, indemne de syphilis et d'alcoolisme, et dont la maladie avait présenté les particularités suivantes : au début, parésie du muscle droit interne de l'œil gauche; plus tard, ptosis. Faiblesse des membres inférieurs, qui se transforma peu à peu en paralysie complète. Parésie légère des membres supérieurs. Par moments, rigidité musculaire dans certains muscles des membres inférieurs. Plus tard encore, contraction paradoxale, se manifestant à l'occasion des mouvements passifs imprimés au pied, à la jambe, à la cuisse; la même succession de phénomènes, paralysie motrice, rigidité musculaire, contraction paradoxale, a été constatée ensuite aux membres supérieurs, puis aux muscles de la mâchoire. Conservation des réflexes tendineux. Une anesthésie très prononcée a envahi peu à peu toute la surface du corps, y compris la zone innervée par le trijumeau. Pas d'autres symptômes cérébraux que du vertige, de l'angoisse, de l'insomnie, et, à la fin, un peu d'obtusion intellectuelle. Le malade, tuberculeux, fut emporté par une pneumonie.

L'examen des centres nerveux mit en évidence une sclérose des cordons postérieurs, dont la distribution est décrite en grands détails. Dans un grand nombre de nerfs périphériques, atrophie partielle des fibres nerveuses. La zone radiculaire des cordons postérieurs (dont il a été question plus haut) était respectée par la lésion dans le segment lombaire et la partie inférieure du segment dorsal, ce qui explique, selon Westphal, la conservation des réflexes tendineux.

E. RICKLIN.

I. — Ueber die histologischen Veränderungen der multiplen Sclerose (Altérations histologiques de la sclérose en plaques), par M. KÖPPEN (*Arch. für Psych. und Nervenkr., Band XVII, Heft* 1, *p.* 63).

II. — Some cases of sclerosis of the spinal cord, par Archibald GARROD (*St Barth. hosp. Rep., XXI, p.* 93).

III. — De la glycosurie et du diabète dans la sclérose en plaques, par RICHARDIÈRE (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1886).

IV. — Glycosurie au cours de la sclérose en plaques, par Blanche EDWARDS (*Ibidem*, 10 *août* 1886).

I. — Les recherches histologiques de Köppen ont porté sur trois cas de sclérose en plaques (durées respectives, 20 ans, 3 ans et 7 ans) et sur un cas de tabes dorsalis compliqué de paralysie générale. Voici en substance les résultats de ces recherches :

Köppen n'a pas constaté, dans la substance fondamentale des îlots de sclérose, la transformation fibrillaire de la névroglie, hyperplasie, qui a été signalée par Charcot et d'autres histologistes. Il a pu se convaincre qu'à l'état normal la névroglie renferme toujours, indépendamment de fibres courtes, des fibres longues; ces dernières, qui ne figurent pas dans les descriptions des auteurs, ne sont visibles que quand la coupe a été conduite suivant la direction longitudinale des fibres nerveuses. Une fois qu'on les a étudiées sur des préparations de moelle saine, il devient facile de les reconnaître sur des préparations provenant d'îlots de sclérose, comme n'étant pas des produits pathologiques. L'aspect finement granuleux de la névroglie résulte des sections transversales de ces fibres longues et des coudes décrits par les fibres courtes et qui sont vues en raccourci. De granulations proprement dites et d'amas de granulations, il n'en existe point, contrairement à ce qu'a prétendu Fromann.

Sur toutes les préparations, la faible participation des éléments cellulaires à la formation des îlots de sclérose frappait à première vue, même sur celles qui provenaient du second cas, où la maladie avait eu une durée relativement courte. Ce n'est que dans les gaines lymphatiques des vaisseaux qu'on découvrait un grand nombre de globules granuleux, qui avaient absorbé dans leur masse des détritus de myéline.

Dans les trois cas, les altérations vasculaires étaient très nettes; et consistaient dans un épaississement de la paroi; de plus les vaisseaux étaient augmentés de nombre.

Pour ce qui concerne les cylinder axis, ils étaient très nombreux dans les zones de sclérose, et il y avait tout lieu de croire qu'un petit nombre seulement avaient été désorganisés. Presque tous ils étaient privés de gaine; beaucoup de ces filaments avaient une épaisseur au-dessus de la normale, circonstance qui ne devenait bien apparente que sur des sections longitudinales. D'autres histologistes ont soutenu le contraire; et cette contradiction tient, suivant Köppen, à ce qu'ils ont étudié les cylinder axis sur des coupes transversales, et qu'ils ont confondu leur section avec les noyaux. Cette simple circonstance, l'épaississement des cylinder axis, suffit à les distinguer des fibrilles conjonctives.

Bref, les cylinder axis, dans les cas de sclérose en plaques, sont remarquables par la grande résistance qu'ils opposent au processus destructif. Ce n'est que dans le premier cas, qui se distingue des deux autres par une durée si longue, que les cylinder axis se trouvaient détruits avec les gaines de myéline dans certains îlots. Cette grande résistance des cylinder axis est évidemment en rapport avec la conservation des mouvements à une époque avancée de la sclérose en plaques, malgré l'extension souvent si considérable que prennent les îlots de sclérose.

Sur les préparations provenant du quatrième cas (tabes), on a relevé les particularités suivantes : sclérose diffuse limitée aux cordons posté-

rieurs; augmentation de volume de la névroglie; épaississement de la paroi des vaisseaux; extravasation d'un liquide qui avait écarté les unes des autres les fibres nerveuses pour les étouffer, résistance moindre des cylinder axis qui se fragmentait, après destruction préalable de la gaine de myéline. E. RICKLIN.

II. — Garrod publie quatre observations de sclérose en plaques disséminées, qui offrent un certain intérêt en ce sens que le tremblement, au lieu d'être général, était confiné à un côté du corps, ou tout au moins était très prédominant d'un côté. Aucun des malades atteints ne présenta de nystagmus, symptôme moins commun peut-être qu'on ne l'a prétendu. H. R.

III. — Richardière rapporte trois observations de sclérose en plaques au cours desquelles on vit survenir des troubles urinaires; dans l'une d'elles (due à Husch), les urines étaient augmentées de quantité et ne renfermaient pas de sucre. Les accidents étaient ceux du diabète insipide. Dans un second cas observé par l'auteur, il existait de la glycosurie sans manifestation diabétique véritable. Cette glycosurie fut du reste passagère. La troisième observation, empruntée à Weichselbaum, a trait à un malade atteint de sclérose en plaques, chez lequel les urines étaient très augmentées comme quantité et renfermaient une proportion considérable de glycose. Le malade rendait par jour au moins 135 grammes de sucre. Ce diabète a marché rapidement et s'est accompagné de lésions tuberculeuses du poumon. L'autopsie du premier et du troisième malade a confirmé le diagnostic sclérose en plaques et a permis de rattacher l'apparition des troubles urinaires à la présence de foyers scléreux au niveau du plancher du quatrième ventricule. La malade qui fait l'objet de la seconde observation vivait encore au moment de la publication du mémoire de Richardière. C. GIRAUDEAU.

IV. — A propos d'une observation recueillie dans le service de Charcot et ayant trait à un homme de 31 ans atteint de sclérose en plaques bien manifeste accompagnée de glycosurie, Mlle Edwards a recherché les cas analogues. Elle arrive à cette conclusion que, toutes les affections encéphalo-médullaires pouvant s'accompagner de foyers scléreux au niveau du plancher du 4e ventricule, on peut voir survenir de la glycosurie, ce que les expériences de Cl. Bernard avaient démontré depuis longtemps. L'auteur oppose ces cas à ceux étudiés plus particulièrement par Leudet, dans lesquels on voit des diabétiques avérés être pris de troubles nerveux pouvant faire penser à l'ataxie et à la sclérose en plaques; l'ordre chronologique des accidents peut parfois être difficile à rétablir.

G. GIRAUDEAU.

I. — Ueber Syringomyelie und Hydromyelie, par EICHHORST (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, *p.* 213, 1er *mai* 1885).

II. — Ueber eine bestimmte Form der primären combinirten... (Affection systématique complexe de la moelle, avec dégénérescence prédominante des faisceaux pyramidaux, etc.), par STRÜMPELL (*Arch. f. Psych. und Nervenkr., Band XVII, Heft* 1, *p.* 217).

III. — Drei Fälle von Brown-Sequards'scher Lähmung (Trois cas de paralysie de Brown-Séquard (hémiparaplégie), par J. HOFFMANN (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic., Band XXXVIII, Heft* 6, *p.* 587).

IV. — Ein Fall von centralem Angiosarkom des Rückenmarks (Angiosarcome central de la moelle), par **G. GLASER** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr., Band XVI, Heft* 1, *p.* 87).

V. — Klinische Mittheilungen, etc. (Observations cliniques recueillies à l'hôpital d'Andernach), par **HEBOLD** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr., Band XV, Heft* 3, *p.* 800).

VI. — Aneurysmen der kleinsten Rückenmarksgefässe (Anévrismes des petits vaisseaux de la moelle), par **HEBOLD** (*Ibidem, XVI, Heft* 3).

VII. — Sarcome primitif de la pie-mère spinale, par **SCHULZ** (*Ibidem, XVI, Heft* 3, *p.* 579).

I. — Eichhorst établit une distinction tranchée entre l'hydromyélie, qui est une dilatation du canal central de la moelle épinière, et la syringomyélie, beaucoup plus commune, qui consiste en la formation dans la moelle d'une cavité indépendante du canal central.

On peut produire artificiellement la syringomyélie chez les jeunes chiens en leur écrasant la moelle. On voit alors se former un vaste système de cavités d'abord entre les cordons postérieurs, ensuite le long de la limite antérieure des cornes postérieures, et plus tard à leur limite postérieure. Il est vraisemblable que ces lésions sont le résultat d'une stase de la lymphe au-dessus du point blessé.

Chez l'homme, c'est aussi consécutivement à une stagnation de la lymphe que se développe souvent une syringomyélie, tantôt congénitale, tantôt acquise. Mais elle peut provenir également d'un ramollissement de névromes ou d'une myélite périépendymaire (*R. S. M.*, IX, 516, et XXIV, 639). J. B.

II. — Deux observations publiées antérieurement par Strümpell l'avaient conduit à conclure qu'il existe une forme spéciale d'affection systématique combinée de la moelle caractérisée anatomiquement par une lésion des faisceaux pyramidaux, des faisceaux cérébelleux latéraux et des cordons de Goll, et qui évolue sous les traits de la paralysie spinale spasmodique d'Erb (tabes spasmodique de Charcot).

A l'appui de cette opinion, Strümpell publie une nouvelle observation, celle d'un homme de 56 ans, chez lequel les débuts du tabes spasmodique remontaient à 20 années. Depuis 1878, le tableau clinique de la maladie était réalisé d'une façon complète chez le malade : démarche caractéristique; contracture réflexe dans les muscles des membres inférieurs, à l'occasion des mouvements actifs et passifs; exagération des réflexes tendineux aux quatre membres; état normal de la sensibilité, des réflexes cutanés et des fonctions des sphincters. Les choses restèrent en état jusqu'à la mort du malade, qui fut emporté par la tuberculose pulmonaire.

L'examen des centres nerveux de ce malade démontra d'abord l'absence de toute trace de méningite spinale chronique. Dégénérescence des faisceaux pyramidaux latéraux depuis la partie inférieure du segment lombaire jusqu'à la partie postérieure du segment cervical, atteignant son maximum sur toute l'étendue du segment dorsal, pour disparaître complètement au-dessus de l'entre-croisement des pyramides. Dégénérescence occupant une zone périphérique, gagnant en largeur à partir de la partie moyenne du segment lombaire et, en remontant, intéressant les faisceaux cérébelleux latéraux jusqu'à l'origine des corps restiformes et la zone la plus externe des cordons antéro-latéraux. Dégénérescence très limitée, mais très manifeste, des cor-

dons de Goll, augmentant d'étendue en remontant pour atteindre son maximum au niveau du renflement cervical.

Pour Strümpell, cette lésion systématique combinée a eu son point de départ dans les faisceaux pyramidaux latéraux, et l'ensemble des symptômes cliniques était exclusivement sous la dépendance des altérations de ces faisceaux, qui contiennent, d'après l'auteur, des fibres spéciales d'arrêt, dont la dégénérescence entraîne l'exagération des réflexes tendineux. La distribution, dans le sens de la longueur et de l'épaisseur, de la dégénérescence de ces différents systèmes de fibres est, aux yeux de l'auteur, une preuve que la lésion suit une marche ascendante dans les faisceaux pyramidaux et une marche descendante dans les faisceaux cérébelleux latéraux et dans les cordons de Goll, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de dégénérescence secondaire.

Le diagnostic de cette dégénérescence systématique combinée, du vivant des malades, est à peu près impossible, étant donnée la multiplicité des lésions qui se masquent sous les dehors du tabes spasmodique. Eu égard à l'étiologie, Strümpell fait remarquer que ses trois observations ne plaident pas en faveur de la nature syphilitique de l'affection; il incline à attribuer un certain rôle à l'âge avancé et surtout à l'hérédité (un des frères du troisième malade présentait également les symptômes du tabes spasmodique).

Enfin, Strümpell établit la comparaison entre ses trois observations et les autres formes d'affections systématiques combinées de la moelle, dont on a jusqu'ici publié les exemples. Ceux-ci se répartissent en deux groupes : les uns se rattachant au tabes vulgaire, et les autres à la forme dont Strümpell propose de faire une entité morbide. E. RICKLIN.

III. — Hoffmann rapporte trois cas d'hémisection de la moelle chez l'homme avec paralysie directe et anesthésie croisée. Cependant cette anesthésie n'a pas été si nettement répartie qu'on ne puisse penser à une lésion qui diffère de l'hémisection. C'est ainsi que, dans deux des trois cas, il y avait conservation de la sensibilité tactile du membre non paralysé, ce qui peut s'expliquer parce que, la blessure étant obliquement dirigée, les cordons postérieurs (conducteurs de la sensibilité tactile pour Schiff), avaient échappé à la section.

Les réflexes tendineux étaient exagérés du côté paralysé; dans deux cas, il y avait en même temps des contractures musculaires, ce qui peut indiquer l'existence d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal. Les réflexes cutanés étaient abolis du côté paralysé, conservés du côté anesthésié.

Vulpian, qui n'admet pas l'entre-croisement des voies sensitives, a prétendu que l'anesthésie du côté opposé n'était qu'apparente et qu'elle était due à l'hyperesthésie du côté paralysé. Cette hypothèse ne peut se soutenir en présence de ce fait que l'hyperesthésie disparaît avant l'analgésie.

La sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température se comportent de la même façon. Le testicule est anesthésié à la douleur comme les parties superficielles.

Dans un cas, la température prise dans le creux poplité était plus basse de 0°,5 du côté paralysé; la température n'a pas été prise dans les deux autres cas.

Il y eut des lésions trophiques dans un cas du côté anesthésié, comme cela a été constaté dans les observations antérieures.

La sensibilité électro-musculaire, le sens musculaire, la coordination, l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, n'ont présenté aucune anomalie. ALBERT MATHIEU.

IV. — Femme de 42 ans, bien portante jusque deux années avant son entrée à l'hôpital. Les premiers symptômes de sa maladie ont éclaté dans le cours d'une grossesse, sous forme de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, qui sont allées en augmentant. Pendant l'époque puerpérale, elle a eu les membres inférieurs comme paralysés. La parésie s'est dissipée spontanément au bout de quelques semaines, mais il a subsisté de la lourdeur dans les jambes. Puis la démarche a revêtu successivement les allures qu'on lui trouve chez les ataxiques et dans les cas de tabes spasmodique. En même temps, les douleurs lancinantes ont réapparu dans les jambes, sous forme de paroxysmes coïncidant avec des coliques que la malade localisait dans la dernière portion du gros intestin, avec irradiations dans le vagin et la vessie. Sensation de constriction douloureuse dans l'abdomen, sensibilité tactile thermique et à la douleur amoindrie à la surface des membres inférieurs et supérieurs; de même pour le sens musculaire. Douleur à la pression des apophyses épineuses supérieures; exagération des réflexes tendineux, incontinence d'urine et constipation opiniâtre. Par moments, la malade avait des accès de dyspnée et de cardialgie très pénibles. Avec cela, de la mélancolie, la monomanie du suicide, de l'insomnie; défaut de réaction des pupilles à la lumière. L'examen ophtalmoscopique ne donne que des résultats négatifs; par moments, la malade présentait de l'amblyopie.

Ulcération de décubitus, gangrène, pyémie. Mort après deux années de maladie. A l'autopsie on trouve un angiosarcome central, excavé à son centre et occupant toute la longueur de la moelle, limité à la substance nerveuse. Sur un grand nombre de points, le néoplasme avait subi la dégénérescence kystique. L'auteur donne la description détaillée des résultats fournis par l'examen histologique du néoplasme. E. RICKLIN.

V. — Relation d'un malade, atteint de paralysie générale, à l'autopsie duquel on trouva un gliome de la moelle. Outre les signes classiques de la périencéphalite, on avait noté, du vivant du sujet, une sensation habituelle de constriction douloureuse du thorax avec irradiation au cou : le rythme cardiaque, pendant ces accès, était très accéléré (180 pulsations). La mort survint brusquement, par suicide.

On trouva, outre les lésions de l'encéphalo-méningite, une tumeur de la moelle, dont la limite supérieure était située au-dessous de l'entre-croisement des pyramides, et dont l'extrémité inférieure pénétrait jusque dans le segment dorsal de la moelle. C'est dans le renflement cervical que la tumeur atteignait son plus grand développement; à ce niveau, elle occupait une position absolument centrale, tandis qu'au-dessus et au-dessous elle empiétait davantage sur le côté gauche. La tumeur, très riche en vaisseaux, était constituée par un gliome; elle était creusée, à son centre, d'un canal dirigé de gauche à droite dans le sens de la longueur. La tumeur tirait son origine du tissu rétro-central de la moelle. Elle avait entraîné à sa suite une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux antérieurs et latéraux et des cordons postérieurs. E. RICKLIN.

VI. — Fait complexe de lésions encéphaliques et spinales. La jeune fille de 16 ans qui fait le sujet de cette observation avait eu un érysipèle de la face avec du délire. Plus tard, se développa de l'œdème de la joue, du strabisme, auquel succédèrent de l'incohérence, une céphalée persistante et des troubles visuels. Cet état d'excitation fit place à de la dépression cérébrale et la malade succomba dans une sorte de démence, avec du ptosis des deux paupières et une parésie des membres.

L'autopsie révéla une thrombose du sinus transverse, avec des abcès dans

le lobe temporal gauche. La moelle, au niveau de la région dorsale supérieure, présentait un foyer de ramollissement rouge. Le microscope y fit découvrir des dilatations anévrismales des petits vaisseaux, qui étaient gorgés de sang. Ces altérations vasculaires reconnaissaient pour cause une thrombose des veines situées le long du canal central de l'épendyme, analogue à celle du sinus transverse. L'auteur admet que l'érysipèle en a été le point de départ. E. RICKLIN.

VII. — Jeune fille de 16 ans. La mère et une sœur sont mortes phtisiques. Le grand-père maternel a souffert longtemps d'une maladie de la moelle. Un oncle paternel est mort d'une hypertrophie gliomateuse de la protubérance. (Observation publiée en 1883.) Depuis trois mois environ, cette jeune fille souffrait de douleurs dans le dos avec fourmillements dans les mains et dans les bras qui ont perdu progressivement de leur force. Paralysie des bras depuis huit jours. Fourmillements dans les pieds depuis la même époque. Difficulté pour uriner, constipation, céphalalgie, frissons, chaleur à la peau. T. 37°,8.

Entrée à l'hôpital le 31 mars 1884, où l'on constate, outre les symptômes précédents, une anesthésie complète aux membres supérieurs remontant jusqu'aux épaules, mains rouges, chaudes et tuméfiées, diminution de la sensibilité aux jambes. Abolition du phénomène du genou à droite, diminution d'intensité à gauche. Douleur vive, à la pression, sur toute la longueur de la colonne vertébrale. Constipation opiniâtre, rétention d'urine. Traitement, calomel et iodure de potassium. Dyspnée et somnolence croissante. Mort le 2 avril. T. 40°.

On avait diagnostiqué une méningo-myélite aiguë. A l'autopsie on trouva une masse néoplasique remplissant l'espace sous-arachnoïdien sur toute l'étendue de la moelle. Il s'agissait d'un sarcome de la pie-mère. E. RICKLIN.

Études cliniques et physiologiques sur la marche, par Gilles DE LA TOURETTE (*Thèse de Paris*, 1885).

L'auteur a eu recours à la méthode simple et pratique des empreintes laissées sur des bandes de papier par les pieds enduits de matière colorante (sesquioxyde de fer). L'empreinte normale consiste en 2 ovoïdes réunis par une bande antéro-postérieure ; 10 hommes ont donné une longueur moyenne du pas égal à 63 centimètres; 10 femmes une longueur de 50 centimètres; chez l'homme comme chez la femme, le pas droit est plus long que le pas gauche, la moyenne de l'écartement total du centre des 2 talons est chez l'homme de 0m,117; chez la femme, de 0m,125; l'écartement latéral simple est pour l'homme PD 0m,054, PG 0m,062; pour la femme PD 0m,058, PG 0m,067. La somme des angles ouverts en avant par l'intersection de la ligne d'axe des pieds avec la direction égale en moyenne chez l'homme 32°,4', avec prédominance d'ouverture de 1° pour le pied droit; chez la femme 31°,6' avec prédominance d'ouverture de 1°,7' pour le pied droit.

Chez les malades à marche spasmodique, au début, le pas devient plus petit, les pieds sont plus écartés que normalement; plus tard, l'écartement des pieds diminue et les pieds deviennent parallèles. Si à la contracture s'ajoute la titubation, la marche perd toute caractéristique. Dans les cas de paralysie agitante, le pas est très petit, l'écartement latéral total augmente ainsi que l'angle d'ouverture. Chez les ataxiques, la longueur du pas est toujours diminuée, la base de sustentation et l'angle d'ouverture accrus, il y a de doubles empreintes caractéristiques de

l'ovoïde postérieur coïncidant avec l'absence ou la diminution de l'empreinte des orteils. En cas de pied tabétique, l'empreinte affecte une disposition toute spéciale.

La démarche titubante se caractérise par le passage alternatif ou simultané des deux pieds du même côté de la direction, par le raccourcissement du pas dans les poussées latérales et son allongement relatif dans la période prémonitoire de la chute en avant, par la variabilité de la situation de l'axe du pied par rapport à la directrice de la marche. Chez les hémiplégiques en partie guéris, le double pas existe, mais très diminué; le pas malade est très inférieur au pas sain; l'écartement latéral du pied sain moindre que celui du pied infirme, l'angle d'ouverture des 2 pieds dépasse la normale, mais celui du pied infirme dépasse celui du pied sain. En sus de l'empreinte du pied, il y a des traînées dues à la pointe des orteils. Si à l'hémiplégie s'ajoute le spasme, la marche présente des modifications dans le même sens, mais de plus la jambe malade fauche, et le pied forme une traînée qui prolonge en avant le gros orteil. H. L.

I. — On some forms of paralysis from peripheral neuritis (Paralysies dépendant de névrites périphériques), par Th. BUZZARD (*Un vol. in*-18, *Londres*, 1886).

II. — Des paralysies toxiques, par E. BRISSAUD (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

III. — Contribution à l'étude de la névrite segmentaire à propos d'un cas de paralysie diphtéritique, par PITRES et VAILLARD (*Arch. de Neurol., n°* 33, *p.* 337).

IV. — Zur pathologischen Anatomie der subacuten Ataxie (Névrite simulant l'ataxie), par KAST (*Berl. klin. Woch., p.* 487, *juillet* 1885).

V. — Nouvelles recherches sur les névrites périphériques observées chez les tabétiques vrais, par PIERRET (*Comp. rend. de l'Acad. des Sc.*, 28 *juin* 1886).

VI. — Contributions à l'étude des névrites périphériques chez les tabétiques, par PITRES et VAILLARD (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1886).

VII. — Ueber Bleilähmung (Paralysie saturnine), par SCHULTZE (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., Band XVI, Heft* 3, *p.* 791).

VIII. — Sur quelques cas peu ordinaires de paralysie saturnine, par P. J. MÖBIUS (*Centrabl. f. Nervenheilk.*, 1er *janvier* 1886).

IX. — Sur les lésions de la névrite alcoolique, par GOMBAULT (*Compt. rend. de l'Acad. des Sc.*, 22 *février* 1886).

X. — Ueber die Nervenerkrankung der Alkoholisten (De la névrite des alcooliques), par STRÜMPELL (*Berl. klin. Woch., p.* 519, 10 *août* 1885).

XI. — Zur Lehre von der multiplen Neuritis (Névrite multiple chez un alcoolique), par Alb. LILIENFELD (*Ibidem, p.* 727, *novembre* 1885).

XII. — Ueber die multiple Neuritis der Alkoholisten, par BERNHARDT (*Zeitsch. f. klin. Med., Band XI, p.* 363).

XIII. — Zur Pathologie der multiplen Neuritis und Alkohollähmung (Névrite multiple et paralysie alcoolique), par H. OPPENHEIM (*Ibidem, Band XI, p.* 232).

XIV. — Observation d'ataxie alcoolique; guérison; par BARBE (*France médicale*, 23 *mai* 1885).

XV. — Intoxication par l'oxyde de carbone; paralysie des extenseurs de l'avant-bras gauche; guérison, par SCHACHMANN (*Ibidem*, *juillet* 1886).

XVI. — Partielle Radialislähmung... (Paralysie radiale à la suite d'une injection sous-cutanée d'éther), par HADRA (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 469, 20 *juillet* 1885).

XVII. — Recherches cliniques et expérimentales sur la paralysie radiale, par VULPIAN et DÉJERINE (*Comptes rend. de la Soc. de Biologie*, 17 *avril* 1886).

XVIII. — Distribution of anœsthesia after division of the median nerve, par C. SUCKLING (*Brain*, *p.* 83, *avril* 1886).

XIX. — Neuropathologische Mittheilungen, par M. BERNHARDT (*Soc. de psychiatrie de Berlin et Centralbl. f. Nervenheilk*, 1er *mai* 1886).

XX. — Fall von Neuritis des rechten Nervus trigeminus, etc. (Névrite du trijumeau avec arrêt de la sécrétion des larmes), par UHTHOFF (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 321, 1886).

XXI. — Névrite ascendante avec paralysie réflexe de la moelle, par THISSEN (*Centralbl. für Nervenheilk.*, 15 *février* 1886).

I. — L'ouvrage de Buzzard est un résumé très bien fait des données relativement récentes que nous possédons sur les névrites périphériques et les paralysies qu'elles déterminent.

Après avoir exposé dans un premier chapitre les symptômes de la névrite en général, les lois de la dégénérescence des nerfs et de leur réparation, l'état des muscles et leurs réactions électriques, l'auteur montre que dans nombre de maladies spontanées ou d'intoxications les désordres nerveux, mis sur le compte de la moelle ou du cerveau, doivent en réalité être imputés aux nerfs malades. Le type le mieux connu de ces névrites toxiques est la paralysie alcoolique, sur laquelle les documents commencent à abonder. L'auteur insiste sur la localisation spéciale de cette paralysie aux membres inférieurs, sur la douleur particulière du mollet à la pression que l'on observe en pareil cas et sur les plaques d'anesthésie souvent incomplètes que l'on y rencontre. Cette tendance à la paraplégie n'est pas du reste spéciale exclusivement aux alcooliques, et on la rencontre dans d'autres variétés de névrites périphériques, dans le béribéri, par exemple. L'auteur cite des faits de paraplégie par névrite de cause inconnue.

Ces névrites se montrent non seulement dans les intoxications (plomb, alcool, sulfure de carbone), mais dans certaines maladies constitutionnelles. On lira avec intérêt les pages consacrées à l'histoire des névrites goutteuses, qui sont encore peu connues et dont l'auteur rapporte quelques observations concluantes. Enfin, dans un dernier chapitre, Buzzard montre que les névrites amènent des paralysies multiples à la suite des maladies infectieuses; il en signale à la suite de la fièvre typhoïde, de la dengue, de la malaria; pour lui, les paralysies diphtéritiques sont presque toujours d'origine névritique. Enfin il étudie les pseudo-tabes, et rattache le plus souvent à l'alcoolisme les ataxies périphériques de Déjerine. H. R.

II. — Les paralysies consécutives aux empoisonnements aigus ou chroniques sont connues depuis longtemps, mais elles n'avaient jamais été étudiées toutes ensemble, sous une forme synthétique, comme dans la thèse de Brissaud.

Parfois les substances toxiques produisent des lésions centrales ; les manifestations paralytiques ne sont plus alors qu'un phénomène banal et presque indifférent, noyé au milieu de ces grands complexus de désordres cérébro-spinaux, qu'on a réunis sous le nom d'encéphalopathies toxiques. Aussi sous le nom de paralysies toxiques doit-on seulement comprendre les paralysies isolées, dues à des lésions périphériques, dont le type le plus connu est la paralysie radiale d'origine saturnine. Celles-ci, dans les cas de moyenne intensité, se limitent en général à quelques groupes musculaires, et toujours à des muscles des membres. Le plus souvent bilatérales, plus marquées d'un côté que de l'autre, généralement du côté droit, elles frappent d'abord les membres inférieurs, sauf dans le saturnisme, où les membres supérieurs sont toujours atteints les premiers. Constamment la paralysie se localise dans les muscles extenseurs ; les fléchisseurs ne se prennent que lorsqu'elle est déjà plus ou moins généralisée. Les réflexes sont abolis ; au bout de quelques semaines survient l'atrophie musculaire. Les réactions électriques sont modifiées, et dans la plupart des paralysies périphériques, même d'intensité moyenne, on trouve la réaction de dégénérescence. Quand les paralysies compliquées d'atrophie musculaire durent un certain temps, l'antagonisme actif des muscles paralysés produit des attitudes vicieuses permanentes, dont la plus commune est celle du pied bot. On observe en outre des troubles variés de la sensibilité et des lésions trophiques, telles que sclérodermie, éruptions purpuriques, zonas, modifications de forme et de structure des ongles, etc. Le pronostic est en général favorable et la guérison presque toujours la règle.

Anatomiquement, les paralysies toxiques sont caractérisées par des altérations musculaires, bien étudiées par Charcot et Gombault, et par des foyers de névrite disséminés, dont le maximum d'intensité se trouve tantôt sur les branches intramusculaires, tantôt sur les dernières ramifications cutanées. D'ailleurs, si dans les névrites toxiques la dégénération wallérienne se trouve assez souvent, elle est inconstante et, en tout cas, toujours consécutive à la névrite périaxile, seul vrai résultat de l'intoxication, qui, unisegmentaire ou multisegmentaire d'abord, est devenue par la suite assez intense pour tronquer le cylindre-axe et interrompre sa continuité avec le centre spinal. C'est à cette névrite périaxile qu'il faut rattacher l'atrophie musculaire et les troubles de la sensibilité.

A côté des phénomènes communs à toutes les paralysies toxiques, il en existe quelques-uns qui sont particuliers à chacune d'elles. Aussi Brissaud étudie-t-il séparément les paralysies alcooliques, les paralysies arsenicales, les paralysies par le sulfure de carbone, les paralysies par l'oxyde de carbone et les paralysies saturnines. E. DESCHAMPS.

III. — Pitres et Vaillard rapportent l'observation d'un tuberculeux qui, dans le cours de son affection pulmonaire, contracta une diphtérie cutanée et présenta, peu de temps après, une paralysie progressive, généralisée, complète de la motilité, avec troubles profonds de la sensibilité. Les centres nerveux, cerveau et moelle, étaient dans un état de parfaite intégrité. Au

contraire, les racines spinales, antérieures et postérieures, les différents nerfs périphériques examinés ont montré des altérations significatives, qui paraissent bien sous la dépendance de la diphtérie et qui étaient identiques à celles décrites par Gombault, sauf qu'il était impossible de trouver trace du cylindre-axe dans les points lésés.

Il n'en reste pas moins ce fait étrange, c'est que la fibre nerveuse peut être intacte sur certaines parties de son trajet, ces parties étant limitées par des espaces profondément altérés. Faut-il, avec Gombault, voir dans cette névrite segmentaire une phase préparatoire de la dégénération wallérienne ? Cela expliquerait l'association des deux ordres de lésions sur un même point du nerf; mais les auteurs croient que, loin de se subordonner l'une à l'autre, ces lésions sont des manifestations d'un seul et même travail pathologique, qui envahit la totalité de la fibre nerveuse, ou reste cantonné sur certains points de son trajet. DESCOURTIS.

IV. — Chez une fillette de 14 ans survint à la suite d'une angine bénigne une ataxie considérable des quatre membres.

La diminution de la sensibilité et le retard des impressions douloureuses étaient très nets. Il existait de l'atrophie des interosseux des deux mains et de la langue.

Pas de réaction de dégénérescence ; absence de réflexes rotuliens.

Apparurent ensuite des symptômes bulbaires ; paralysie du voile palatin, gêne de la respiration et de la déglutition.

La malade succomba 9 mois après le début des accidents, d'une pneumonie causée par le passage des aliments dans les voies aériennes.

Autopsie. Aucune lésion des centres nerveux, mais dégénération de tous les nerfs périphériques, notamment de l'hypoglosse et du récurrent.

En résumé, on a affaire ici à une affection des nerfs périphériques simulant une affection de la moelle et du bulbe.

V. — Les névrites périphériques cutanées sont très fréquentes chez les tabétiques; mais elles ne sont pas absolument constantes. D'autre part, elles peuvent guérir même chez les tabétiques francs atteints de sclérose postérieure spinale, confirmée et sans complication. On peut donc supposer que la lésion des nerfs périphériques cutanés ne serait que la traduction, à distance, de l'irritation inflammatoire des zones sensitives des centres. On peut tirer, en outre de ces faits, cette conclusion, que les symptômes imputables à la névrite périphérique sont accessibles à la thérapeutique. Enfin, l'existence de ces névrites périphériques coexistant avec une lésion centrale permet d'introduire dans la pathologie nerveuse la notion nouvelle d'inflammations chroniques, qui, sans cesser d'être systématiques, peuvent occuper des foyers espacés en différents points du système atteint, sans que la lésion des conducteurs ou des connectifs intermédiaires soit absolument nécessaire. M. DUVAL.

VI. — Dans ce travail, Pitres et Vaillard ont réuni toutes les observations de névrites périphériques, chez les tabétiques, déjà publiées ; à celles-ci, ils en ont joint plusieurs inédites. Les conclusions auxquelles cette vue d'ensemble les a conduits sont les suivantes : au cours du tabes, on peut observer des altérations portant sur les extrémités terminales de presque tous les nerfs. C'est à ces altérations que l'on peut rapporter les plaques d'anesthésie et d'analgésie cutanée; les troubles trophiques cutanés (maux perforants, œdèmes durs, éruptions diverses, chute spontanée et dystrophie des ongles), certaines paralysies motrices accompagnées ou non d'atrophie musculaire, les arthropathies et les

fractures spontanées des os, ainsi que peut-être les crises viscéralgiques. Il y a loin, on le voit, de cette interprétation à l'opinion qui, il y a peu de temps encore, rattachait la plupart de ces troubles à des lésions des portions grises de la moelle ou des racines nerveuses. C. GIRAUDEAU.

VII. — Après avoir réfuté la théorie d'Erb et de Remak, qui localise dans la moelle les lésions anatomiques résultant de l'intoxication saturnine, Schultze relate un exemple de paralysie saturnine compliquée d'atrophie granuleuse des reins, chez un jeune homme de 25 ans. Deux années avant sa mort, le malade avait présenté les symptômes classiques de la paralysie des extenseurs de l'avant-bras droit d'abord, et six mois plus tard à l'avant-bras gauche. En examinant l'excitabilité galvanique des deltoïdes, qui n'étaient ni paralysés ni atrophiés, on développait un accès de tremblement violent de courte durée. Sensibilité intacte. Réflexes tendineux bien prononcés. Le malade succomba des suites de sa néphrite granuleuse, compliquée de foyers pneumoniques.

Autopsie. Outre les lésions de la néphrite interstitielle, on trouva dans les nerfs les altérations suivantes : les muscles paralysés étaient, par places, le siège d'une dégénérescence totale (dégénérescence grise du nerf radial à l'avant-bras). La moelle présentait un aspect physiologique à l'œil nu. L'examen microscopique, pratiqué sur un grand nombre de préparations durcies, ne fit pas découvrir d'altérations bien tranchées; aucune trace de poliomyélite ; la substance grise était d'une intégrité de structure complète. Les nerfs dégénérés présentaient les altérations bien connues de la névrite.

L'auteur se fonde sur les résultats négatifs fournis par l'examen de la moelle, pour combattre l'opinion de ceux qui considèrent la paralysie saturnine comme ayant son siège primitif dans la moelle. Schultze se rallie à l'opinion de Leyden, relative au siège primitivement périphérique de la paralysie saturnine. Les altérations des cellules ganglionnaires seraient, d'après lui, d'ordre secondaire. E. RICKLIN.

VIII. — Möbius a eu l'occasion d'observer deux *tailleurs de limes*, atteints tous deux d'une paralysie de la main gauche ayant débuté par le pouce, et occupant le premier interosseux et les petits muscles du pouce, surtout l'adducteur et le court fléchisseur. Cette paralysie doit être rapportée à l'intoxication saturnine (l'existence de celle-ci est bien connue chez les tailleurs de limes, et s'était manifestée déjà chez ces deux malades par d'autres symptômes). La localisation, si différente ici de ce que l'on est habitué à constater, tient, d'après Möbius, au surmenage des muscles du pouce chez les tailleurs de limes, car ce sont ces muscles qui maintiennent en place le ciseau sur lequel ils frappent constamment; c'est là un fait à rapprocher de ceux du même genre déjà rapportés par d'autres auteurs, Meyer, Remak... Möbius, généralisant ces données, se demande si la paralysie des extenseurs, non seulement dans l'intoxication saturnine, mais aussi dans d'autres intoxications, n'indiquerait pas que ce sont là les muscles qui, chez la plupart des individus, fatiguent le plus. C'est la théorie depuis longtemps enseignée en France. L'auteur a une tendance à considérer l'intoxication saturnine comme de nature périphérique et non spinale. P. MARIE.

IX. — On connaît la période d'état et les phases ultimes de la névrite périphérique de l'alcoolisme chronique, et on sait que ses caractères

anatomiques sont alors très analogues, sinon identiques, à ceux de la dégénération wallérienne. Mais on n'était pas renseigné sur la période initiale. Le travail de Gombault vient combler cette lacune en montrant que, comme pour la névrite saturnine, il existe également ici une phase préwallérienne, phase caractérisée par la multiplication des noyaux et l'émulsion de la gaine de myéline, avec conservation du cylindre-axe. Cette phase préwallérienne, en raison de l'intensité du processus, aboutit rapidement, sur le plus grand nombre des fibres, à la destruction du cylindre-axe. M. D.

X. — Strümpell a observé 3 exemples de pseudoataxie alcoolique. Tantôt la névrite intéresse surtout les nerfs moteurs, tantôt les nerfs sensitifs. Dans ce dernier cas, on observe des symptômes qu'on peut, à bon droit, désigner comme le pseudo-tabes des alcooliques. L'affection débute par des élancements dans les jambes, parfois aussi dans le tronc et les bras; il s'y joint de l'anesthésie par plaques. Puis la marche devient incertaine et titubante. Les réflexes rotuliens disparaissent, comme dans le vrai tabes. Jamais on n'observe de myosis ni de troubles vésicaux, mais assez fréquemment des atrophies du nerf optique.

Quand ce sont les phénomènes moteurs qui dominent, le symptôme principal est l'affaiblissement des membres inférieurs, avec diminution de l'excitabilité électrique et atrophie des muscles. Ces cas ressemblent beaucoup à la névrite primitive classique.

Un point important pour la pratique, c'est que le pronostic de la névrite alcoolique n'est pas complètement défavorable : les malades qui renoncent à boire peuvent guérir. Comme traitement adjuvant, on recourt à l'électricité, à la balnéation et à l'usage prolongé des préparations de strychnine. J. B.

XI. — Lilienfeld rapporte l'histoire d'un alcoolique de 26 ans, d'une famille de névropathes, qui présenta tous les symptômes du tabes : diplopie, troubles oculaires, paralysie des droits externes, altération de la papille à l'ophtalmoscope : suppression des réflexes, incoordination motrice, affaiblissement des membres, obtusion de la sensibilité. A ces symptômes se joignent bientôt des signes de paralysie localisée de certains muscles (avant-bras, triceps fémoraux, avec atrophie et réaction électrique de dégénérescence).

Sous l'influence du traitement (iodure de potassium, courants continus, toniques), tous ces symptômes s'amendèrent progressivement, et au bout de 8 mois le malade ne conservait plus qu'un léger degré de raideur des jambes. J. B.

XII. — 1° Au point de vue anatomopathologique, Bernhardt regarde les paralysies alcooliques comme étant ordinairement indépendantes de lésions médullaires; il attache une grande importance aux altérations des nerfs périphériques.

2° *Diagnostic avec le tabes.* — Les paralysies alcooliques se distinguent ordinairement de celles du tabes en ce qu'elles s'accompagnent d'atrophie et de modifications du courant électrique. Bernhardt a cependant observé un cas de tabes où existaient dans la sphère des nerfs péroniers des phénomènes de paralysie avec réaction de dégénérescence, mais ces phénomènes étaient accompagnés de troubles de sensibilité qui permettaient le diagnostic.

La conservation ou l'absence des réflexes tendineux n'a pas pour Bernhardt de valeur absolue. Le myosis, la paresse de la pupille à l'ac-

commodation, constituent de fortes présomptions en faveur de l'ataxie. Enfin chez les alcooliques existent des troubles du caractère et de l'intelligence, des troubles dyspeptiques faciles à séparer des crises gastriques et qui peuvent être des indices précieux.

3° *Diagnostic avec la poliomyélite subaiguë.* Le diagnostic doit se fonder sur l'ensemble des symptômes, et Bernhardt montre par deux observations personnelles que la localisation de la paralysie et de l'atrophie est un élément insuffisant pour permettre d'affirmer l'existence d'une myélite.

4° *Diagnostic avec la paralysie de Landry.* — Les renseignements étiologiques, les modifications de l'excitabilité électrique permettront dans quelques cas de reconnaître la paralysie alcoolique; mais le diagnostic restera ordinairement fort obscur. M. DEBOVE.

XIII. — Oppenheim publie six observations de paralysies alcooliques dont une avec autopsie, la mort ayant été entraînée par tuberculose. Voici les principaux faits qui ressortent de ces observations.

L'alcoolisme était bien avéré chez tous les malades, mais chez la plupart d'entre eux un refroidissement était également intervenu comme facteur occasionnel.

La paralysie prédominait aux membres inférieurs. Elle atteignait surtout les muscles extenseurs du pied et fléchisseurs du genou; les autres muscles et les muscles du membre supérieur n'étaient que peu affaiblis. Les muscles étaient flasques à la palpation, mais il n'y avait pas d'atrophie notable.

Les modifications de l'excitabilité électrique étaient variables. Parfois elle n'était qu'affaiblie, parfois entièrement supprimée. La réaction de dégénérescence dans sa forme complète ou moyenne fut également observée.

Les douleurs étaient sourdes; elles n'étaient jamais ni trop pénibles, ni lancinantes, ni fulgurantes. Il n'était pas rare de trouver des muscles ou des nerfs très sensibles à la pression. L'excitation électrique de ces nerfs était aussi extrêmement pénible.

L'hyperesthésie se montra assez fréquemment ainsi que les paresthésies. Celles-ci consistaient surtout en fourmillements des orteils et des doigts. Chez tous les malades, on trouva de l'anesthésie, mais qui ne fut jamais ni très intense ni très étendue; souvent aussi on trouva des retards de la sensibilité; dans un cas, on rencontra même un phénomène assez rare : le dédoublement des sensations.

Quelques troubles de sensibilité rappelaient beaucoup ceux de l'ataxie. Il y avait souvent abolition du sens musculaire, impossibilité de la station les yeux fermés; le réflexe tendineux fut chez tous les malades supprimé pendant un temps plus ou moins long. La marche était incertaine, mais cette incertitude était due à l'affaiblissement. Le malade, une fois couché, redevenait maître des mouvements de ses jambes. Chez celui des six qui marchait le plus mal, le sens musculaire était d'ailleurs parfaitement conservé.

Les troubles dans la sphère des nerfs crâniens se sont toujours bornés aux nerfs moteurs de l'œil. On observa suivant les cas des paralysies, du nystagmus, de la paresse de la pupille soit à la lumière et à l'accommodation. Il n'y eut jamais rien du côté du nerf optique.

Chez le malade qui succomba, Oppenheim trouva de l'atrophie musculaire surtout dans le grand adducteur et le tibial postérieur. Les fibres musculaires étaient très amincies, le périmysium avait subi une prolifération qui, sur plusieurs points de la coupe, étouffait complètement le tissu contractile.

Les nerfs et en particulier les rameaux qui correspondent aux muscles atrophiés présentaient beaucoup de tubes en dégénérescence. Le tissu conjonctif était très abondant et présentait de nombreux vaisseaux.

La moelle était parfaitement saine, sauf un point très restreint, mais très malade, de la partie supérieure de la région lombaire. Il y avait atrophie de la corne antérieure droite, dégénérescence des racines antérieures et postérieures, sclérose légère des cordons postérieurs. Peut-être cette lésion a-t-elle exercé une grande influence sur les lésions périphériques.

La suppression de l'alcool amena chez presque tous les malades une amélioration rapide. Le retour du réflexe tendineux et du réflexe pupillaire sont d'excellents signes de rétablissement prochain. Les bains chauds et, sur la fin de la maladie, l'électrisation ont donné de bons résultats. M. DEBOVE.

XIV. — Femme de 41 ans, manifestement alcoolique. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade éprouve une certaine faiblesse des jambes et de l'hésitation dans la marche. Cette hésitation va en augmentant et bientôt se transforme en ataxie véritable.

Absence complète des réflexes rotuliens avec conservation de la sensibilité et de la force musculaire. Quelques douleurs dans les mollets avec sensation alternative de chaud et de froid. Pas de douleurs en ceinture, ni de douleurs fulgurantes, ni de strabisme, ni de diplopie. Rêves et cauchemars fréquents.

Le traitement consiste en bains sulfureux et en pilules de nitrate d'argent et de belladone. Peu à peu la marche devint de plus en plus assurée et, au bout de trois mois, la malade demandait à sortir; elle était parfaitemant rétablie, sauf un peu de tremblement et quelques fourmillements dans les doigts.

GASTON DECAISNE.

XV. — Jeune fille de 20 ans, asphyxiée gravement par la vapeur de charbon. Transportée à l'hôpital, elle recouvre rapidement connaissance, mais on remarque qu'elle garde son bras gauche immobile. Les phalanges de la main gauche sont fléchies en griffe permanente. Tous les mouvements intentionnels peuvent s'exécuter, sauf l'extension des doigts. La pronation est possible, la supination en partie gênée. La sensibilité tactile est intacte, ainsi que la sensibilité réflexe.

Ces phénomènes de paralysie périphérique allèrent s'atténuant rapidement, et disparurent au bout de 10 jours. G. DECAISNE.

XVI. — Accouchée à laquelle on pratique des injections d'éther dans l'avant-bras droit pour remédier à un collapsus par hémorragie. Immédiatement ce bras gonfle et devient incapable d'exécuter une partie de ses mouvements normaux. État au bout de 13 jours : aucun trouble sur les territoires des nerfs médian et cubital; intégrité de la sensibilité. Flexion modérée du poignet et flexion plus marquée des premières phalanges de l'index, du médius et de l'annulaire. Les fonctions du petit doigt sont normales. Le pouce pend flasque et un peu dans l'adduction. La supination du bras est intacte, mais les mouvements du poignet sont à peu près nuls.

Quand les deux dernières phalanges des 3 doigts moyens sont fléchies, la femme peut les redresser à l'aide des interosseux animés par le nerf cubital, mais il lui est absolument impossible d'étendre les premières phalanges.

En résumé, il s'agit d'une paralysie du nerf radial, limitée à sa branche profonde.

L'exploration électrique par les deux ordres de courants montre l'inexcita-

bilité absolue de l'extenseur commun, l'excitabilité à peine sensible du cubital postérieur, du radial externe et de l'extenseur propre de l'index. J. B.

XVII. — Dans les cinq observations cliniques de paralysie radiale par compression qu'ils ont eu l'occasion de recueillir, les auteurs ont constaté les symptômes déjà connus et des faits nouveaux. Le nerf radial avait perdu son excitabilité électrique au-dessus et au niveau du point comprimé, tandis qu'il l'avait conservée au-dessous comme à l'état physiologique. Le retour des contractions volontaires dans les muscles paralysés a toujours précédé le retour de l'excitabilité électrique du nerf radial dans l'aisselle.

Un symptôme qui n'avait pas encore été signalé est l'atrophie isolée du muscle long supinateur. Cette atrophie commence, en général, à se montrer dans la troisième semaine à partir du début de la paralysie, et persiste encore pendant un temps plus ou moins long lorsque cette dernière a complètement disparu; elle s'accompagne de diminution de la contractilité faradique, avec tendance à la réaction de dégénérescence.

Vulpian et Déjerine ont constaté aussi une différence au point de vue de la sensibilité subjective entre le côté sain et le côté paralysé, lorsqu'on excitait le radial dans l'aisselle. Du côté paralysé, la sensation douloureuse pseudo-périphérique était absente ou très faible.

Les auteurs ont entrepris sur des chiens une série d'expériences pour chercher à expliquer les phénomènes observés; ces expériences n'ont donné jusqu'à présent que les résultats qui suivent la compression des nerfs. F. H.

XVIII. — Plaie du poignet avec section du nerf médian chez un étudiant en médecine. Trois jours après l'accident, les troubles de la sensibilité se répartissent ainsi :

Anesthésie totale de la moitié radiale de la paume de la main et de l'éminence thénar, anesthésie du pouce, de l'index, du médius et du bord externe de l'annulaire, sur la face palmaire. Sur la face dorsale, anesthésie totale de la phalangette du pouce, de la phalangine et de la phalangette de l'index et du médius, et de la moitié externe des parties correspondantes de l'annulaire. Sensibilité intacte sur le dos de la main.

Cinq mois plus tard, ces troubles sensitifs étaient devenus ce qui suit :

A la face palmaire, l'anesthésie restait totale sur la phalangette du pouce, et sur les deux dernières phalanges du médius et de l'index, ainsi que de la moitié externe de l'annulaire.

A la paume de la main, l'insensibilité avait été remplacée par de l'hyperesthésie et des troubles trophiques (éruptions bulleuses). Sur le dos de la main, l'anesthésie ne persistait plus que sur les phalangettes de l'index et du médius, et sur la moitié externe des phalangines des mêmes doigts : l'annulaire était toujours insensible dans sa moitié radiale. H. R.

XIX. — a) *Paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire gauche.* — Homme, ayant porté fréquemment d'assez lourds fardeaux sur la partie postérieure de l'épaule gauche, présentait un aplatissement et une dépression de la fosse sous-épineuse gauche et aussi, mais à un moindre degré, de la fosse sous-épineuse ; tous les mouvements du bras sont libres, mais avec affaiblissement pour le côté gauche. — Le muscle sous-épineux gauche tout à fait atrophié ne pouvait, contrairement à celui de droite, se contracter sous l'influence d'aucun courant, tandis que l'excitation du point d'Erb déterminait bien la contraction des deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur. Cette paralysie serait due à la pression répétée sur le nerf sus-scapu-

laire des paquets que portait ce malade pendant tout le cours de l'année. La guérison n'est guère à espérer.

b) Parésie de presque tous les muscles de l'extrémité supérieure gauche. — Chez ce malade, tous les mouvements de la main et des doigts du côté gauche pouvaient être encore exécutés, mais étaient si faibles que le malade ne pouvait plus s'en servir, de même pour les mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination de l'avant-bras, seul le deltoïde était respecté ; sensation de fourmillement dans tout le membre, diminution de la sensibilité, surtout dans le domaine du cubital. — Cette parésie était due à la profession du malade ; il était en effet employé à rendre mate la surface des boutons ; pour cela, celle-ci était exposée à un violent courant de sable très fin projeté par un appareil dans le fond d'une boîte, et la main du malade qui tenait le bouton se trouvait exposée à l'action traumatique de ce sable, c'est là ce qui a produit les accidents. — L'auteur rappelle combien les phénomènes de paralysie ressemblent dans ce cas aux faits qu'il a publiés de paralysie de la main et des doigts consécutive au ligotage par les agents de police de Berlin.

c) Contribution à la pathologie des paralysies faciales périphériques. — Il s'agit de deux observations de paralysie faciale périphérique dans lesquelles toutes les branches étaient prises, mais à des degrés différents. Pendant que les muscles naso-labio-mentonniers étaient très nettement paralysés, ne pouvaient être mis en jeu et présentaient à l'examen électrique les caractères de la forme grave, la branche frontale et oculaire, au contraire, était tout au plus parésiée, et chez un des malades elle présentait électriquement les caractères de la forme moyenne ; chez l'autre, elle ne montrait qu'une simple diminution quantitative de l'excitabilité. — L'auteur insiste sur l'importance que peut avoir cette distribution de la paralysie faciale périphérique au point de vue du diagnostic, puisque, au point de vue classique, c'est seulement dans les paralysies faciales de cause centrale que la branche supérieure est respectée ou du moins très peu atteinte. P. MARIE.

XX. — Femme de 27 ans, rhumatisante, éprouvant dans le domaine de la seconde branche du trijumeau droit une douleur vive qu'elle rapporte à une dent gâtée. L'extirpation de la dent est inefficace. Sécrétion lacrymale abondante de l'œil gauche, nulle à droite, du côté de la douleur. La patiente se présente à la clinique, se plaignant de douleurs lancinantes. Au bout de quelques jours, elle est soulagée par le traitement, mais conserve une sensation de gêne au niveau de l'œil, de tension désagréable. Rien à l'œil, mais on constate une diminution notable de la sensibilité au niveau de la conjonctive oculaire et palpébrale, de la joue, de la lèvre supérieure, du palais. Le nerf sus-orbitaire est douloureux à la pression. Les excitations qui provoquent les larmes à gauche n'ont aucun effet sur la glande lacrymale du côté malade. Pendant plusieurs mois, malgré la disparition des douleurs et de l'anesthésie, l'absence de sécrétion est constatée à droite ; elle persiste encore à l'époque de la publication.

Uhthoff admet une névrite ascendante de la seconde branche du trijumeau avec participation des nerfs ciliaires et du nerf lacrymal.

L. GALLIARD.

XXI. — Un homme de 42 ans, à la suite d'une ablation incomplète d'une molaire, fut pris de névralgie faciale telle que l'on dut réséquer l'un et l'autre nerfs maxillaires inférieurs ; dans le cours de l'affection, il éprouva des phénomènes parétiques, avec manifestations ataxiques, et grincement continuel des dents ; tous ces symptômes disparurent à la suite d'une dernière opération sur le nerf sous-maxillaire droit. P. MARIE.

I. — **L'hérédité dans les maladies du système nerveux, par J. DÉJERINE** (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

II. — **Note sur un cas de fièvre hystérique, par BARIÉ** (*Soc. méd. des hôp., 9 juin* 1886).

III. — **De l'apoplexie hystérique, par DEBOVE** (*Ibidem, 25 août* 1886).

IV. — **Du mutisme hystérique, par A. CARTAZ** (*Progrès médical, 13-27 février, 6 mars* 1886).

V. — **De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, par BABINSKI** (*Arch. de neurologie, XII, p. 1 et* 154).

VI. — **Note sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion, par MABILLE et RAMADIER** (*Ibidem, XII, p.* 54).

VII. — **Notiz über das Auftreten von Gesichtœdem (Apparition d'un œdème de la face dans le sommeil hypnotique), par Carl LAKER** (*Berl. kl. Woch., p.* 641, *octobre* 1885).

VIII. — **Ueber Paraplegie in der Schwangerschaft (La paraplégie de la grossesse), par JOLLY** (*Berl. kl. Woch., p.* 471, *juillet* 1885).

IX. — **Zur sogen. Jackson'schen Epilepsie, par Alb. ADAMKIEVICZ** (*Ibidem, p.* 361, *juin* 1885).

X. — **Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie Jacksonienne, par E. CROZES** (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

XI. — **Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen auschliessenden Erkrankungen (Nouvelles communications sur les névropathies d'origine traumatique), par OPPENHEIM** (*Arch. für Psych. und Nervenk., Band XVI, Heft* 3).

XII. — **De la trépidation épileptoïde provoquée, par J. DELOM-SORBÉ** (*Thèse de Bordeaux*, 1885).

XIII. — **Ueber das Fussphænomen (Phénomène du pied), par D. AXENFELD** (*Arch. f. Psych. und Nervenk., Band XVI, Heft 3, p.* 824).

XIV. — **Ueber eine eigenthümliche Form von angeborener Coordinationsstörung (Troubles de la coordination congénitaux), par OPPENHEIM** (*Berl. kl. Woch. p.* 359, 1er *juin* 1885).

XV. — **Ueber idiopatischen Zungenkrampf (Convulsions idiopathiques de la langue, par M. BERNHARDT** (*Centralbl. für Nervenheilk.,* 1er *juin* 1886).

XVI. — **Ictère émotif accompagné d'une éruption généralisée de lichen, par NEGEL** (*Progrès médic., 21 août* 1886).

XVII. — **Ein Fall von Chorea spastica (Chorée spasmodique), par W. ROLLER** (*Arch. für Psychiatrie u. Nervenk., XVI, 3, p.* 826).

XVIII. — **Tumeurs pseudokystiques des plexus choroïdes chez un enfant atteint de chorée, par ROLAND** (*Bull. Soc. Anat., 4 juin* 1886).

XIX. — **Un cas d'hémichorée (athétose) avec néphrite, par STAMPACCHIA** (*Rivista clin. e terapeutica, mars* 1886).

XX. — **Vom Verhältnisse der Poliomyelencephalitis zur Basedow'schen Krankheit (Relations de la poliomyélencéphalite avec la maladie de Basedow), par JENDRASSIK** (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., XVII, Heft 2, p.* 301, 1886).

XXI. — Du traitement de l'hydropisie intermittente des articulations, par R.-H. PIERSON (*Centralblatt für Nervenheilk.*, 1er *mars* 1886).

I. — Les fonctions du cerveau, comme sa structure, sont transmissibles par hérédité; on connaît l'hérédité des instincts, des facultés perceptives, de la mémoire, des habitudes, il en est de même des modes supérieurs de l'intelligence. On cite des familles de peintres distingués : les Bassano; de mathématiciens, les Bernouilli; de botanistes, les de Jussieu; la transmission des qualités morales se retrouve également dans l'histoire des familles princières et des aristocraties.

Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les maladies du système nerveux? Pendant longtemps on a envisagé l'hérédité nerveuse d'une façon pour ainsi dire isolée, maladie par maladie; plus récemment, on s'est demandé « si les différents troubles par lesquels se traduisent les affections nerveuses (troubles sensitifs, sensoriels, moteurs, psychiques) étaient en réalité aussi indépendants les uns des autres qu'ils le paraissaient de prime abord, et si les affinités nombreuses qu'elles affectent les unes avec les autres n'avaient point pour cause une origine commune, à savoir l'hérédité ». Ce sont des médecins français, des aliénistes, Morel, Lucas, Moreau (de Tours), qui les premiers entrèrent dans cette voie. Ce qu'ils avaient fait pour les maladies mentales, Charcot, Möbius et surtout Féré l'ont tenté depuis dans les maladies du système nerveux.

Après un rapide historique, Déjerine nous montre l'hérédité dans les maladies du système nerveux sans lésions anatomiques actuellement appréciables, psychoses et névroses (folie, épilepsie, hystérie, chorée, maladie de Parkinson, goitre exophtalmique, neurasthénie, névroses diverses). Puis ce sont les affections du système nerveux avec lésions anatomiques dans lesquelles il faut encore rechercher l'hérédité : paralysie générale, maladies de la moelle épinière, névroses vaso-motrices et trophiques. Déjerine étudie ensuite le rôle de l'hérédité nerveuse dans la production des délires fébriles, dans la pathogénie des lésions permanentes de l'encéphale et de la moelle épinière, au cours des maladies infectieuses et dans les intoxications. Certaines maladies générales, goutte, arthritisme, rhumatisme, les traumatismes, le choc moral, etc., ont encore des rapports avec les maladies nerveuses. Enfin l'état mental des générateurs, l'ivresse, l'état mental de la mère pendant la gestation, méritaïent aussi quelques développements.

On voit, par ce rapide exposé, la variété des faits qu'embrasse cette thèse et le travail considérable qu'elle a dû demander à son auteur; de nombreux tableaux généalogiques en facilitent singulièrement la lecture et jettent sur les faits une pleine lumière. Aussi Déjerine peut-il conclure que toutes les affections nerveuses font partie d'une même famille, que l'hérédité sous ses différentes formes permet de les grouper ensemble, sous le nom générique de famille neuro-pathologique. Mais, aller plus loin aujourd'hui dans la voie de l'induction lui paraît téméraire : « Nous ignorons encore le comment de la transformation des différentes affections nerveuses les unes dans les autres, nous ignorons encore le pourquoi de cette transformation. » E. DESCHAMPS.

II. — Il s'agit d'une jeune femme, présentant depuis longtemps des manifestations de la grande hystérie. Un matin, après une très violente attaque convulsive, elle fut frappée d'hémiplégie complète de la mobilité et de la sen-

sibilité. Une série de traitements variés fut employée sans succès. Un jour Barié remarqua la chaleur de la peau, elle avait 39 degrés. La température axillaire et rectale prise montra un état de fièvre permanent qui dura 21 jours; elle variait de 38 à 41 degrés, il existait des différences sensibles entre la température du matin et celle du soir, celle-ci était en général supérieure de quelques dixièmes de degré; quelquefois cependant la température vespérale a été inférieure à la température matinale. Il n'y a eu pendant ces 3 semaines aucun trouble appréciable des grands appareils. Les accès convulsifs ne peuvent être incriminés comme cause d'hyperthermie, car les hautes températures existaient également pendant les périodes de calme. Au moment de la chute de la fièvre, qui eut lieu par une vraie défervescence, il n'y eut aucune amélioration dans l'état de la malade. H. L.

III. — Un homme de 31 ans, vigoureux, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux, est pris soudain après un repas de perte de connaissance, sans convulsions ni émission involontaire d'urine ou de matières fécales. Il resta douze heures ainsi complètement évanoui; au réveil, on constata une hémianesthésie gauche avec affaiblissement considérable de la force de ce côté; l'insensibilité intéressait la peau, les muqueuses, les muscles, les organes des sens; l'application d'un aimant fit apparaître la sensibilité du membre supérieur gauche, en même temps qu'elle disparaissait à droite. Il fallut quelques jours pour rétablir la sensibilité, ainsi que la motilité, qui suivait ses déplacements. H. L.

IV. — Cartaz rapporte 20 observations de mutisme hystérique présentant des caractères presque identiques et dont les principaux sont les suivants : 1° le début est en général soudain, à la suite d'une émotion vive, ou au réveil d'une attaque d'hystérie.

2° Le malade est dans l'impossibilité de crier et d'articuler à voix chuchotée ; il est donc aphone et aphasique.

3° L'intelligence est absolument conservée ; le malade, conscient de son incapacité, répond en écrivant.

4° Le retour de la parole est également subit le plus souvent ; quelquefois il subsiste pendant un certain temps un peu de bégayement. On peut reconnaître facilement cet état, et il est aisé de le développer par la suggestion hypnotique. Les observations anciennes ont été le plus ordinairement publiées sous le titre d'aphonie hystérique ; or, le malade est incapable de parler à voix basse comme à voix haute : c'est une forme d'aphasie motrice (Voy. *leçons de Charcot* sur le même sujet dans le *Progrès méd.*, nov. 1886). H. L.

V. — L'hystérie paraît avoir été considérée jusqu'à présent comme incapable de produire une modification dans la nutrition des tissus. C'est là une donnée trop absolue, car une variété, au moins, des troubles trophiques, l'atrophie musculaire, peut s'observer dans les paralysies hystériques. Babinski cite plusieurs observations et s'attache à démontrer qu'il a bien eu affaire à des hystériques et que l'amyotrophie chez ces malades ne reconnaissait pas d'autre cause que l'hystérie ; enfin, par une étude comparative, il cherche si cette amyotrophie présente quelques caractères qui lui soient propres. Or, son intensité est variable, mais elle est loin d'atteindre les proportions qu'elle peut présenter par exemple dans la maladie d'Aran-Duchenne, dans la paralysie spinale de l'adulte, dans les myopathies primitives. On ne constate pas de secousses fibrillaires dans les muscles atrophiés. L'excitabilité idio-musculaire est normale. La contractibilité électrique est diminuée en proportion de l'a-

trophie musculaire, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. Cette atrophie peut prédominer dans tel ou tel segment d'un membre, mais dans chaque segment cette atrophie semble envahir uniformément tous les groupes musculaires. Son évolution est rapide. Elle atteint vite son maximum, s'y arrête, alors même que la paralysie persiste, et rétrocède ensuite, dès que la motilité revient. Quant à sa nature, il faut y voir une atrophie simple, c'est-à-dire indépendante de toute lésion matérielle de la substance grise de la moelle et des nerfs périphériques. DESCOURTIS.

VI. — V..., hystéro-épileptique, se met lui-même en état hypnotique, au milieu de ses attaques, et emploie pour cela les procédés qui lui étaient appliqués d'ordinaire.

Endormi, il s'impose à lui-même des suggestions : « V..., il y a quatre lettres à votre nom ; cinq minutes après votre réveil, il faut que ça saigne à votre bras. » En effet, au moment marqué, des gouttelettes de sang paraissent sur le bras et figurent son nom. Le malade se fait ensuite plusieurs auto-suggestions dans des circonstances analogues et qui réussissent parfaitement. — Ces faits sont importants pour l'explication des stigmates sanguinolents observés chez d'autres sujets, stigmates qui peuvent aussi bien avoir été provoqués par une auto-suggestion non exprimée oralement. DESCOURTIS.

VII. — Chez une femme de 45 ans, très impressionnable et à hérédité nerveuse, mais sans accidents hystériques, que Laker endormit au moyen de passes sur les tempes, le cou et les bras, il remarqua, après l'avoir facilement réveillée, un œdème limité à la face et qui augmenta durant une demi-heure, en occupant principalement les paupières inférieures et les pommettes. Cet œdème atteignit son apogée au bout d'une heure, persista toute la séance (l'expérience avait eu lieu à 5 heures du soir) et avait disparu le lende main matin.

La malade n'avait jamais éprouvé de phénomène semblable.

Pour bien exclure la possibilité d'une origine mécanique, c'est-à-dire pour s'assurer que l'œdème n'était pas le résultat d'une irritation locale due aux passes, Laker rendormit une seconde fois la malade et obtint la même chose. En même temps que l'œdème, il existait de la lourdeur de tête et un peu de somnolence. J. B.

VIII. — Jeune fille de 16 ans, prise, au quatrième mois de la grossesse, d'une paralysie complète des membres inférieurs.

Une quinzaine après son accouchement, Jolly constate une paralysie sans trace de contracture, avec exagération des réflexes tendineux et diminution considérable de la sensibilité, surtout du côté gauche. Les extrémités étaient froides et cyanosées. L'obstacle que la peau offre au passage de l'électricité était augmenté, mais il n'y avait aucune anomalie dans les contractions musculaires.

Peu à peu cette paralysie rétrocéda sous l'influence combinée de la faradisation et de l'effet moral produit par la perspective d'applications de fer rouge.

Jolly voit là une paralysie hystérique. J. B.

IX. — En se basant à la fois sur des expériences de compression artificielle du cerveau au moyen de laminaire (*R. S. M.*, XXV, 13) et sur des observations cliniques, Adiamkiewicz définit ainsi l'épilepsie jacksonienne.

C'est un état d'excitation morbide des centres des mouvements physiologiques qui sont placés au-dessous de la substance corticale du cerveau.

En principe, on peut la considérer comme étant le produit des mêmes excitations (centrales, réflexes, automatiques) qui provoquent les mouvements normaux.

Mais en fait les convulsions unilatérales se distinguent des mouve-

ments physiologiques, en ce que l'excitation centrale qui les détermine n'est jamais de nature psychique, autrement dit jamais née dans la substance corticale, c'est toujours une excitation grossière matérielle telle que la compression cérébrale. Quant aux excitations réflexes et automatiques capables d'entraîner des convulsions unilatérales, elles se différencient des causes analogues d'excitation des mouvements physiologiques, non par leur essence, mais par l'intensité morbide de leur mode d'action. J. B.

X. — Après un historique assez complet de cette question thérapeutique, Crozes donne vingt-six observations où des vésicatoires ont été appliqués au-dessus du siège de l'aura chez les malades atteints d'épilepsie jacksonienne. Chez les uns, les attaques sont devenues plus rares et moins violentes ou même ont complètement cessé, chez les autres il y a eu transfert du siège de l'aura et de l'attaque ou modification de quelques phénomènes accessoires. L'amélioration s'observe surtout dans les cas à aura motrice périphérique. Les observations appartiennent pour la plupart à Buzzard et à Hirt ou bien à Bravais, qui paraît être le véritable initiateur de cette méthode (1827) ; celles qui sont inédites ont été recueillies dans le service de Pitres, qui a inspiré cette thèse.

ARNOZAN.

XI. — Dans ce travail, Oppenheim rapporte dix nouvelles observations d'affections du système nerveux consécutives à des ébranlements violents ou à des traumatismes des centres céphalo-rachidiens. Dans tous ces cas, sauf un seul, il y a eu perte de connaissance au moment de l'accident. Les suites ont consisté en symptômes variables de nature et d'intensité ; il est cependant un certain nombre de caractères communs à tous ces cas. Ainsi la plupart des malades sont mélancoliques, anxieux, hypochondriaques, sujets à l'insomnie, leur mémoire faiblit ; ils ont des vertiges et des lipothymies, enfin on a signalé des accès de petit mal et d'épilepsie.

Les troubles subjectifs sont les suivants : sensation de constriction céphalique, douleur à la nuque, sensations anormales au niveau du cuir chevelu, sensation de vertige et d'ébriété avec vomissements, bluettes devant les yeux, obscurcissement du champ visuel, dans un cas xanthopsie, bourdonnements d'oreille, diminution de l'acuité auditive. Sensation de douleur ou de lourdeur, le long du rachis, douleur en ceinture. Dans 5 cas sur 10, il y a eu perte de la puissance génitale. L'impossibilité de se tenir debout les yeux fermés, le tremblement, ont été notés dans bon nombre de cas, ainsi qu'un rétrécissement plus ou moins prononcé du champ visuel ; les troubles de la sensibilité ont été très variables. Dans un cas (Obs. 2), il se fit une atrophie des nerfs optiques ; dans un autre, il y avait accélération habituelle et considérable du pouls.

En somme, malgré un certain nombre de caractères communs, il s'agit là de faits très dissemblables, les uns peuvent être considérés comme se rattachant à des formes mixtes, mélanges de psychose et de névrose. Dans quelques cas, il y a lieu de conclure à l'existence d'une lésion organique à marche lente et insidieuse. L'auteur a déjà exposé dans son précédent mémoire les raisons pour lesquelles suivant lui on ne saurait rattacher ces faits purement et simplement à l'hystérie, et en cela l'auteur est en contradiction avec Charcot, dont il essaye de réfuter les idées.

Pour ce qui est du pronostic, l'auteur n'a pas encore observé un seul exemple de guérison complète de ce genre d'affection du système nerveux,

Une partie de ses observations démontre que l'affection se maintient souvent dans le *statu quo;* il ne saurait donc être question d'admettre avec Page que toujours il s'opère une amélioration lente mais progressive. Une condition importante pour que pareille amélioration s'obtienne est d'arracher les malades au service actif, lorsqu'il s'agit d'employés circulant sur des trains. E. RICKLIN.

XII. — La trépidation épileptoïde est un phénomène caractérisé par la production de secousses musculaires régulièrement rythmées, provoquées par l'extension artificielle et soutenue des muscles correspondants. Elle a été confondue à tort avec l'épilepsie spinale spontanée. Elle est toujours un phénomène pathologique; elle peut exister au pied, à la rotule (phénomène du pied, de la rotule), à la hanche, à la main, à la mâchoire, à l'aisselle. Les secousses se succèdent avec un rythme uniforme de 5 à 8 par seconde. Pour provoquer la trépidation épileptoïde, il suffit de tendre brusquement et de maintenir tendus les muscles où l'on veut la produire. Pour la faire cesser, il faut mettre ces muscles dans le relâchement, les autres procédés (traction du gros orteil, compression du nerf crural) sont infidèles. L'anémie déterminée par la bande d'Esmarch empêche la trépidation de se produire. Certaines maladies organiques du système nerveux, des névroses, des maladies générales, des affections locales périphériques peuvent la compter au nombre de leurs symptômes. La trépidation épileptoïde n'est pas un phénomène de même nature que les réflexes tendineux. Elle est en relation avec l'augmentation du tonus musculaire. Cette étude très complète a été faite dans le service de Pitres. ARNOZAN.

XIII. — Axenfeld a cherché à appliquer la méthode graphique à la détermination du phénomène du pied : il est arrivé, en expérimentant sur lui-même, à un chiffre moyen de 68 à 74 oscillations pour une période de 10 secondes, soit 7 environ par seconde. Les résultats obtenus diffèrent un peu des deux côtés. C'est pour servir d'étalon pour des recherches analogues dans des cas pathologiques. RICKLIN.

XIV. — Homme de 26 ans, d'intelligence au-dessus de la moyenne. Tant qu'il est immobile, on ne remarque rien d'anormal.

Dès qu'il parle, ses muscles du tronc et des membres supérieurs entrent en mouvement, de même tous ceux de la face : il avance la mâchoire, projette le cou en avant et contracte ses muscles frontaux. Sa parole est difficile, nasale, non qu'il s'agisse d'un état paralytique, mais parce que des muscles étrangers à l'articulation entrent en scène. Par la même raison son rire s'accompagne de bruits de déglutition bruyants. Cependant, à force de volonté, il est parvenu à bien écrire, en réprimant tout mouvement associé intempestif. La marche est maintenant normale; mais jusqu'à l'âge de 10 ans elle fut très pénible et titubante.

Les organes des sens, la sensibilité, le sens musculaire, sont normaux.

En résumé, il s'agit ici d'un trouble de coordination congénital, d'une sorte d'ataxie purement motrice. Cet homme dissipe ses forces motrices; tout mouvement précis, harmonique, lui est interdit parce qu'il lui est impossible de ne mettre en jeu que les muscles nécessaires à l'acte voulu. J. B.

XV. — Garçon de 18 ans, pas d'autres manifestations nerveuses dans la famille (père, mère et 7 frères et sœurs) qu'une sœur aliénée. — Au printemps de 1882 ce garçon eut une paralysie faciale qui guérit facilement; dans l'été de la même année, un chancre; à partir de juillet 1882, il se mit à bâiller avec une fréquence anormale, même quand il avait parfaitement dormi, pen-

dant cet acte il y avait une sécrétion des larmes et la bouche demeurait ouverte pendant un temps démesuré. En même temps se montrèrent des mouvements involontaires et convulsifs de la langue, celle-ci se dressait, frappait contre le palais puis s'abaissait, mais jamais elle ne dépassait les arcades dentaires et ne fut jamais mordue. Pas de perte de connaissance, mais le malade ressentait une chaleur extrême, était agité, se levait en sursaut de sa chaise. Ces convulsions duraient souvent plusieurs heures, et faisaient place à une sensation violente de fatigue à l'os hyoïde et au larynx. L'état s'améliorait quand le malade avait beaucoup à faire; jamais les convulsions ne se montraient pendant qu'il mangeait ou buvait, elles cessaient lorsqu'il parlait pour se montrer de nouveau après. Elles disparurent complètement après l'usage d'oxyde de zinc et d'extrait de Belladone pendant quelques jours. Il s'agirait là d'une névrose.

Bernhardt signale deux autres cas de spasme de la langue, l'un de Ganghofner, l'autre de Wendt, qui présentent avec le sien de très notables différences. PIERRE MARIE.

XVI. — X..., 23 ans, sujet à des poussées d'acné de la face et du thorax, à la suite de craintes vives au sujet d'ulcérations vénériennes, est pris d'un ictère intense accompagné d'une éruption de lichen confluente sur le thorax, le ventre et la face, disséminée sur les membres et le scrotum. Léger prurit de la peau. 3 jours après l'ictère a disparu, le lichen a disparu aussi à la face, mais persiste sans atténuation sur le tronc. Quelques jours après il commença à s'effacer. N. L.

XVII. — Le sujet de l'observation de Roller ne présentait pas d'antécédents neuropathiques héréditaires. A l'âge de 6 mois il s'était mis à loucher. Au moment où fut prise son observation, son état était le suivant : fonctions digestives bonnes, crâne bien conformé, strabisme convergent à gauche, acuité auditive normale, bouche entr'ouverte; sialorrhée. La tête est le plus souvent fixée en extension. La face est en mouvement continu; le patient fait plisser et déplisser sans cesse la peau du front, abaisse et relève les commissures labiales. Quand on commande au malade de faire un mouvement, celui-ci est exécuté d'une façon désordonnée, le malade veut donner la main, les doigts se raidissent, il est dans l'impossibilité de marcher; quand on le soulève d'aplomb, il ne touche le sol que de la pointe du pied, les jambes sont fixes dans l'extension par suite de la contracture musculaire ; le malade peut les projeter en avant dans cette attitude, cette impuissance fonctionnelle ne porte que sur les mouvements voulus; les mouvements réflexes s'exécutent normalement. Quand le malade est couché sur le ventre, les muscles extenseurs d'un côté de la colonne vertébrale entrent en contraction et le tronc s'incurve en arc de cercle. Les masséters ne participent pas à ces contractures toniques. La contracture paraît plus prononcée à droite qu'à gauche. La contracture, d'autre part, contraste avec l'extrême mobilité des différents segments du corps; cette agitation se manifeste au repos, comme à l'occasion des mouvements, et même quand le malade est au bain. Il semble y avoir de l'hyperesthésie avec impressionnabilité psychique accrue, angoisse sans motif, intelligence bornée, léger degré d'embarras de la parole. E. RICKLIN.

XVIII. — Le cas de Roland concerne une fillette de 7 ans, entrée dans le service d'Ollivier pour une chorée vulgaire, sans paralysie ni anesthésie, et morte de scarlatine. L'autopsie montra, outre des congestions viscérales multiples, deux tumeurs symétriques dans les plexus choroïdes, du volume d'une noisette, de consistance molle, situées au point où les plexus se recourbent pour pénétrer dans le prolongement sphénoïdal. H. R.

XIX. — Homme de 23 ans né d'un père et d'une mère morts d'une phtisie pulmonaire, ayant eu, comme antécédents pathologiques, une maladie aiguë

à l'âge de 10 ans. Cette maladie dura un mois. 4 ans après il fut atteint d'aliénation mentale sans fièvre ni paralysie. Abus de la masturbation depuis le plus jeune âge.

Les mouvements choréiques débutèrent par le bras gauche et s'étendirent ultérieurement à la jambe du même côté et à la face. Ils furent toujours plus intenses au membre supérieur. La volonté du malade était impuissante à les diriger. Les muscles du côté gauche du corps subissaient une certaine rigidité sous l'influence du contact.

La sensibilité générale était intacte dans tous ses modes. Les réflexes tendineux et musculaires étaient normaux même du côté malade; les réflexes cutanés au contraire étaient exagérés à gauche. La contractilité électrique était augmentée de ce côté.

Les sens spéciaux étaient intacts. Les mouvements diminuaient, mais ne cessaient pas complètement pendant le sommeil.

L'analyse des urines révélait l'existence d'une néphrite glomérulaire chronique. La quantité d'albumine qu'elles renfermaient variait entre 1 et 3 grammes. RICHARDIÈRE.

XX. — Un jeune homme de 16 ans, qui faisait son apprentissage dans une teinturerie où on maniait des couleurs de plomb fut affecté subitement de diplopie (juin 1884). Peu à peu la paupière supérieure gauche se mit à tomber. Bientôt après, la mastication devint pénible, au moment de la déglutition les liquides, quelquefois même des parcelles d'aliments solides s'engageaient dans les fosses nasales ou dans le larynx. La parole également fatiguait le malade et quand il avait prononcé quelques mots, les suivants devenaient presque inintelligibles.

Puis la paralysie des muscles de l'œil s'accentua; l'œil droit devint de plus en plus proéminent, le cou se mit à gonfler. Depuis le commencement de sa maladie, le malade était sujet aux palpitations. Il entra à l'hôpital de Pesth environ quatre mois après le début des accidents. On constata l'existence de la triade symptomatique de la maladie de Basedow (exophtalmie plus prononcée à droite qu'à gauche), et en outre une ophtalmoplégie interne des deux côtés, avec participation du facial et de la branche motrice de la cinquième paire à la paralysie. Dans les branches moyenne et inférieure du facial l'excitabilité électrique était considérablement abaissée; elle était normale dans le rameau frontal.

Jendrassik s'attache à démontrer que la paralysie des muscles de l'œil de la face et du voile du palais était en rapport avec une poliomyélencéphalite supérieure, c'est-à-dire localisée dans la portion des centres nerveux qui est logée dans la cavité cranienne. En compulsant les recueils de la littérature médicale (1882), l'auteur a découvert une observation de Warner, qui réalise également l'association des symptômes de la maladie de Basedow avec une paralysie des muscles de l'œil et une parésie des troisième et septième paire. Enfin on a publié un certain nombre de faits (Graefe, Lichtheim, Kidd, Mathieu, Trousseau, Féréol) où avec les symptômes de la maladie de Basedow coexistaient des phénomènes de paralysie de l'un ou l'autre muscle de l'œil.

De ces faits l'auteur s'attache à tirer la conclusion que le siège anatomique de la maladie de Basedow doit être localisé dans les centres nerveux et d'une façon plus précise dans la moelle allongée. E. RICKLIN.

XXI. — Pierson qui a déjà publié un fait de ce genre (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885 n° 13) rappelle une observation de Ferd. Kapper (*Allgem. Wiener med. Zeitsch.* 1885 n° 31) dans laquelle l'hydarthrose survenait tous les huit jours régulièrement dans le genou droit chez un

homme de 45 ans et cela pendant plusieurs années. — Puis Pierson rapporte l'histoire d'un autre malade observé par lui qui présentait très régulièrement tous les huit jours de l'hydarthrose de diverses articulations (genou, épaule, main). — Il insiste sur ce fait que dans les cas de ce genre l'acide salicylique n'a aucun effet et est plutôt nuisible, et recommande vivement l'emploi de l'électricité (faradisation de la jointure malade) et au besoin un peu d'arsenic ; ce traitement a jusqu'à présent toujours réussi, et assez rapidement la guérison est survenue (il n'est pas exceptionnel, d'ailleurs, d'observer quelques récidives).

P. MARIE.

I. — **Pathogénie des atrophies musculaires, par PARISOT** (*Thèse d'agrég., Paris* 1886).

II. — **Étude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive, débutant par les membres inférieurs, par J. BROSSARD** (*Thèse de Paris,* 1886).

III. — **Paralysie atrophique juvénile des extrémités, par JOFFROY** (*Soc. méd. des hôpit.,* 23 *avril* 1886).

IV. — **Paralysie pseudohypertrophique chez deux sœurs, par WESTPHAL** (*Berl. kl. Woch., p.* 617, *septembre* 1885).

V. — **Ueber progressive Muskelatrophie, par FROHMAIER** (*Deutsche med. Woch., p.* 394, 1886).

VI. — **Atrophie musculaire progressive, compliquée de diplégie faciale, de folie à double forme et de polyurie, par WESTPHAL** (*Berl. klin. Woch., p.* 618, *septembre* 1885).

VII. — **Sur deux cas d'acromégalie (hypertrophie non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques), par P. MARIE** (*Revue de médecine, avril* 1886).

I. — L'atrophie musculaire circonscrite ou généralisée n'est pas produite par un mécanisme toujours identique, et plus d'un point de sa pathogénie est encore obscur, malgré les nombreux travaux faits sur ce sujet dans ces dernières années, particulièrement à l'école de la Salpêtrière dont Parisot reproduit les doctrines. Adoptant une classification à la fois pathogénique et étiologique, il étudie dans des chapitres différents les amyotrophies d'origine nerveuse centrale, celles d'origine nerveuse périphérique, celles d'origine myopathique, les amyotrophies qui accompagnent les lésions des os et des articulations et les inflammations de la plèvre, les amyotrophies dans les maladies infectieuses, les intoxications, les dyscrasies et les cachexies. Si, en effet, l'origine spinale, myélopathique de certaines amyotrophies est indiscutable, si l'influence trophique des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle n'est plus à démontrer, il est probable que d'autres variétés d'atrophies musculaires sont dues à des névrites périphériques ou ont une origine purement myopathique; diverses interprétations pathogéniques paraissent devoir être admises pour les affections des os et des articulations; immobilisation, anémie vasculaire, inflammation, névrite, action réflexe, etc.; différents facteurs morbides peuvent être invoqués pour les intoxications, les dyscrasies, les cachexies, suivant

qu'on étudie l'influence sur le muscle de la substance toxique, de l'hyperthermie, etc. E. DESCHAMPS.

II. — Voici les conclusions de ce très intéressant travail, qui repose sur l'analyse de seize observations.

Il existe une forme d'atrophie musculaire progressive qui débute par les membres inférieurs et qui mérite d'être décrite à part, pour les raisons suivantes :

Son caractère essentiel est d'être héréditaire dans certaines familles, où elle atteint de préférence les individus du sexe masculin. Elle commence toujours par envahir les interosseux des pieds et les triceps cruraux, d'où la formation d'une griffe des orteils analogue à celle de la main dans le type atrophique Aran-Duchenne. Après les membres inférieurs, ce sont les muscles de l'abdomen qui sont touchés, ce qui détermine une ensellure lombaire caractéristique.

La généralisation de l'atrophie se produit toujours dans les membres inférieurs d'abord, où les muscles qui sévissent le plus sont les muscles postérieurs de la cuisse ; puis dans les membres supérieurs : les bras et l'épaule sont plus promptement atrophiés que les avant-bras. La face, ainsi que les muscles de la déglutition, restent toujours indemnes pendant toute la durée de la maladie, qui est fort longue.

Les muscles altérés sont d'emblée atrophiés, sans passer par la phase d'hypertrophie, comme dans la paralysie pseudo-hypertrophique. Les contractions fibrillaires peuvent exister, mais elles sont moins fréquentes que dans le type d'atrophie Aran-Duchenne. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis de bonne heure.

A la longue, les muscles atrophiés deviennent le siège d'une rétraction qui produit des déformations fixes des membres : argument en faveur de la nature myopathique de l'affection.

La contractilité électrique est diminuée sans inversion de la formule; on ne trouve jamais la réaction de la dégénérescence : la contractilité faradique se conserve proportionnellement au degré d'atrophie des fibres musculaires.

La sensibilité générale est toujours intacte.

Le diagnostic de cette forme est toujours facile, étant donné son mode de début spécial ; seule, la paralysie pseudo-hypertrophique s'annonce par les mêmes symptômes, mais l'apparition rapide d'une hypertrophie musculaire partielle dans cette dernière affection lève promptement tous les doutes.

Il paraît vraisemblable que cette variété d'atrophie musculaire rentre dans les myopathies (hérédité, début dans l'enfance, rétraction musculaire, absence de réaction de dégénérescence), mais il n'existe pas encore d'autopsie pour permettre de l'affirmer.

Le pronostic est relativement moins grave que pour les autres formes d'atrophie musculaire, en raison de la marche très lente de la maladie. Le traitement consiste en gymnastique modérée, massage et emploi des courants continus. H. R.

III. — Mlle X... est âgée de 13 ans, elle ne présente aucun antécédent nerveux héréditaire, ni personnel. A 5 ans, elle eut la scarlatine, six à huit mois après, on remarqua que la marche devenait gênée et progressivement il se produisit un pied-bot équin. Actuellement, la malade butte en marchant,

peut marcher sans appui, mais n'est pas très solide ; les pieds sont un peu amaigris, et tombent dans la position du varus équin ; les jambes sont très petites avec disparition très marquée du mollet ; les cuisses sont normales. La peau des pieds est rouge, et se couvre facilement de sueurs froides et d'engelures. Il n'y a ni douleurs, ni fourmillements, ni crampes, ni anesthésie. La contractilité volontaire est nulle pour les muscles des pieds et des jambes ; les contractilités faradique et galvanique sont nulles pour ces muscles, affaiblies à la cuisse.

La situation était restée stationnaire pendant quatre à cinq ans, puis on s'aperçut que les mains se fatiguaient ; rapidement, en quelques semaines, la force diminua, l'atrophie s'accusa, et la griffe se forma ; les espaces interosseux, les éminences thénar et hypothénar s'affaissèrent, l'avant-bras perdit d'abord sa force, puis, à son tour, s'atrophia ; on put alors constater quelques contractions fibrillaires. Comme aux muscles inférieurs, les symptômes étaient symétriques, mais plus accusés du côté gauche. Les mouvements volontaires existent pour la plupart des muscles de l'avant-bras et de la main, mais incomplets. La contractilité faradique persiste à l'avant-bras, environ trois fois moindre, nulle à la main. La contractilité galvanique est également diminuée.

L'emploi de l'électricité, puis de bains chauds, de massage, avec redressement mécanique des mains, amena une amélioration notable au bout de quelques mois. H. L.

IV. — Westphal publie l'observation de deux sœurs atteintes de paralysie pseudo-hypertrophique. L'aînée a 23 ans et l'autre 21 ; chez toutes deux, ce qui frappe à première vue c'est le développement énorme du tronc, des membres et de la face. Chez l'aînée, les parois abdominales sont tellement distendues, qu'elles offrent des éraillures analogues à celles de la grossesse. A côté de cela, il existe un affaiblissement paralytique de tous les muscles contrastant avec leur volume apparent.

Nulle part, même aux mains, il n'y a trace d'atrophie. Pied en varus modéré : station debout et marche impossibles. Sensibilité partout intacte ; vessie et intestins fonctionnant bien. Le maxillaire inférieur a une largeur exagérée.

La sœur cadette, plus pâle, offre, un peu atténué le tableau précédent, y compris la mâchoire difforme.

Ni chez l'une ni chez l'autre, il n'existe de contractions fibrillaires et l'excitabilité mécanique des muscles n'est point accrue. Quant à l'excitabilité faradique et galvanique, elles sont conservées partout où il reste encore du tissu musculaire. La réaction de dégénérescence manque partout.

La sœur aînée a toujours été faible des reins, mais, comme chez sa sœur, c'est vers l'âge de 12 ans que la maladie s'est développée d'une façon sensible. Dès l'âge de 14 ans elle ne pouvait plus marcher, tandis que la sœur plus jeune a marché jusqu'à 19 ans à l'aide d'un bâton.

La pseudo-hypertrophie musculaire a débuté par le tronc en procédant de haut en bas, puis elle a envahi les membres en commençant par les inférieurs ; enfin la tête a été prise de bas en haut.

Dans la famille, il n'existe pas de maladies nerveuses.

La plus âgée de ces malades ayant succombé, on constata l'intégrité à l'œil nu de la moelle, de ses racines et des nerfs périphériques. Une grande partie des muscles étaient complètement transformés en tissu adipeux. J. B.

V. — Dans ce cas d'atrophie musculaire progressive Frohmaier, constate des lésions des cornes antérieures, mais considère ces lésions comme secondaires à celles des muscles ; de sorte qu'il y voit une myopathie primitive avec retentissement sur la moelle.

Charpentier de 49 ans. Pas d'atrophie dans sa famille. La maladie n'a débuté que depuis quelques années. L'atrophie porte sur la portion sternale

des pectoraux, les grands dentelés, les sus-épineux, grands et petits ronds, le trapèze, les muscles du bras (deltoïde épargné). L'auteur le voit en 1875. En 1879 et 1881 peu de changement. En 1883 atrophie des deltoïdes. Pneumonie; mort en mai 1884.

Atrophie simple des grandes cellules des cornes antérieures, rares vacuoles. L'atrophie augmente de haut en bas; elle est surtout prononcée au niveau des sixième et septième paires cervicales, mais jamais elle n'est totale, elle respecte toujours quelques-unes des grandes cellules des cornes antérieures.

Les racines antérieures offrent quelques points atrophiés. Pas de lésions des nerfs.

Atrophie simple des muscles des membres supérieurs sans lipomatose, ni sclérose interstitielle. L. GALLIARD.

VI. — Il s'agit d'une malade de l'hôpital que Westphal observe depuis 5 ans. Ce qui chez elle frappe à première vue, c'est l'immobilité de ses traits, tenant à la fois à la paralysie et à l'atrophie des muscles innervés par le facial. Les yeux en particulier ne peuvent être fermés. Motilité linguale et parole intactes. Lèvres un peu amincies. Les membres supérieurs ont gardé leur volume normal, mais leurs fonctions sont considérablement réduites : la flexion du coude par exemple n'est possible que par un mouvement de pronation de la main ; les doigts ne peuvent être étendus, et l'éminence thénar est très grêle. Les omoplates ont l'attitude caractéristique de la paralysie du grand dentelé ; il ne reste presque rien des trapèzes. La démarche de la malade indique surtout l'affaiblissement des muscles animés par le nerf péronier. Les mollets sont durs mais très minces relativement au volume des cuisses. Excitabilité électrique conservée, partout où subsiste du tissu musculaire capable de se contracter; pas de réaction de dégénérescence.

Mais outre l'atrophie musculaire et la paralysie bilatérale du facial cette femme présente encore deux ordres de symptômes morbides. Elle a une folie circulaire caractérisée par des périodes de mélancolie alternative avec de l'excitation maniaque. De plus dans l'intervalle, alors qu'elle répond sainement aux questions, elle a encore des idées délirantes d'une nature toute spéciale. Enfin, durant les accès de manie, elle a de la polyurie (4 litres par 24 heures) et une soif intense; pendant les phases de dépression mélancolique, la quantité des urines tombe à cinq ou six cents grammes.

Son père et un frère de celui-ci ont déjà succombé à une atrophie musculaire dont est atteinte, à un degré moindre, une sœur plus jeune de la malade.

Westphal ne connaît que deux autres cas d'atrophie musculaire compliquée de diplégie faciale : ce sont ceux de Remak et de Mossdorf.

Quant à la complication de folie circulaire et de diabète insipide, elle ne paraît pas avoir encore été signalée. J. B.

VII. — Sous ce titre, Marie publie un mémoire basé sur deux observations personnelles ayant trait à des femmes âgées chez lesquelles existait une augmentation de volume des mains, des pieds et de certaines parties de la face. L'hypertrophie dans les deux cas portait sur tous les tissus constituant l'ensemble des extrémités supérieures et inférieures. La peau avait suivi les os dans leur développement et n'était nullement distendue, il n'existait aucune déformation ni des mains ni des pieds, chez l'une l'augmentation de volume des mains portait peut-être plus encore sur le diamètre transversal que sur le diamètre vertical.

Les ongles étaient élargis, un peu aplatis et striés en long mais sans aucune altération apparente. Les avant-bras et les bras par leur volume ordinaire faisaient contraste avec les extrémités, cependant dans plusieurs observations de Friedreich, l'hypertrophie semblait avoir gagné les os des bras et des jambes. A la fin les os de la face étaient plus particulièrement

intéressés, surtout les os du nez, les os malaires et le maxillaire inférieur. Au crâne les bosses frontales étaient légèrement saillantes, ce qui, joint à l'hypertrophie des os malaires, exagérait la dépression formée par la partie antérieure de la fosse temporale. Dans un cas, il existait une dépression au niveau des pariétaux, et dans un autre, au contraire, des saillies d'espèces de crêtes au voisinage des sutures. Chez l'une des malades le rachis était très courbé en avant.

Dans les observations non personnelles réunies par l'auteur on trouve en outre consignées des hypertrophies des clavicules, des côtes, de la rotule de l'os iliaque; des fibro-cartilages eux-mêmes tels que ceux des oreilles et peut-être aussi ceux du larynx peuvent être atteints. Les muscles ont généralement diminué de volume sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit d'atrophie vraie ou de macilence. Parfois cette affection s'accompagne de douleurs spontanées très intenses. Affection surtout de l'âge adulte, frappant indistinctement les hommes et les femmes, sans étiologie ni pathogénie bien nette, mais qui doit être distinguée, dit P. Marie, du myxœdème, de l'ostéite déformante de Paget et de la leontiasis ossea de Virchow. C. GIRAUDEAU.

Die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita) (La maladie de Thomsen) par W. ERB (*Leipzig*, 1886).

Ce volume étant une étude complète de la maladie de Thomsen, l'analyse ne peut guère porter que sur les chapitres qui contiennent des points nouveaux; ce sont surtout ceux qui ont trait à l'examen physique des muscles et des nerfs, et à l'anatomie pathologique. Les uns et les autres présentent une grande importance

L'*excitabilité mécanique* n'est pas augmentée pour les nerfs, elle l'est d'une façon constante pour tous les muscles volontaires du corps, même pour ceux de la langue et de la face; de plus la contraction ainsi produite présente souvent une persistance pouvant atteindre jusqu'à 30 secondes.

Réactions électriques : — Pour les *nerfs moteurs* l'excitabilité *faradique* ne semble pas augmentée, les contractions minimales ne présentent pas le caractère de la persistance; pour voir naître celui-ci il faut faire usage d'un courant de moyenne intensité (10, 20, 30 millimètres d'écartement des bobines); suivant la force du courant cette persistance peut être de 4, 7, 10 secondes; toujours elle est plus courte que celle obtenue par la faradisation directe du muscle; il faut aussi que les interruptions soient fréquentes. — L'excitabilité *galvanique* est normale au point de vue quantitatif, sauf peut-être un peu de retard dans l'apparition de KaSTe; les contractions ne deviennent persistantes que lorsqu'on fait usage d'excitations accumulées.

Pour les *muscles* le courant *faradique* ne produit la persistance des contractions que lorsqu'il a une certaine intensité. — L'excitabilité *galvanique* semble un peu augmentée au point de vue *quantitatif;* au point de vue *qualificatif* il faut signaler une certaine prédominance d'action de l'*anode*. De plus on remarque avec des courants faibles la *paresse* et le *caractère tonique* des secousses, surtout avec AnS. Lorsque les courants sont plus forts, on observe une *persistance* de la contraction (5 à 30 secondes), persistance augmentant jusqu'à un certain point avec

l'intensité du courant. Enfin sur certains muscles (fléchisseurs des doigts, biceps brachial, vaste interne — vaste externe — jumeau interne, etc...) on voit se produire le phénomène des *contractions rythmiques ondulatoires* sous l'influence du courant stabile. — Ce phénomène s'observerait plus aisément encore en prenant soin d'appliquer l'électrode excitatrice non pas directement sur le muscle, mais sur son extrémité tendineuse. On voit alors à la contraction tonique s'ajouter un mouvement ondulant du muscle, mouvement qui bientôt se transforme en des ondulations disposées dans un ordre régulier. Les ondes de contraction mesurant une hauteur plus ou moins grande se suivent à des intervalles de temps un peu variables (1 à 3 par seconde) ; elles sont toujours dirigées dans le même sens, de la kathode vers l'anode. C'est à l'ensemble de tous ces caractères que Erb a proposé de donner le nom de *réaction myotonique*.

L'auteur ayant eu l'occasion de faire dans 3 cas l'examen microscopique des muscles (2 fois sur le vivant, 1 fois après la mort) a découvert dans ceux-ci des altérations très singulières. — Sur les coupes transversales on constate tout d'abord une *hypertrophie* très nette des fibres musculaires, cette augmentation de volume est telle que le champ du microscope au lieu de contenir dans un de ses diamètres 10-12-14 fibres, comme cela se voit pour les muscles normaux, n'en contient plus que 4 à 6 ; de plus, 45 °/₀ des fibres dans la maladie de Thomsen ont un diamètre égal ou supérieur à 100 μ, tandis que dans les muscles normaux aucune fibre n'atteint ces dimensions. — La *forme* de ces fibres est plus arrondie qu'à l'état normal, presque circulaire même pour quelques-unes. Leurs *contours* ne sont pas non plus aussi nettement dessinés, leur surface de coupe ne présente pas le même aspect moiré que celle des fibres saines ; elle est plutôt homogène ou légèrement granuleuse, avec de très fines fissures — Les *noyaux* de sarcolemme sont notablement plus nombreux et forment autour de la coupe de chaque fibre « comme une couronne de pierreries » ; leur nombre pour chacune de ces sections est en moyenne de 6,5, tandis qu'à l'état normal il n'est que de 1,7. — Le *tissu conjonctif interstitiel* est accru d'une façon modérée, les septa qui séparent les fibres les unes des autres sont plus accusés, leurs points de jonction, plus apparents, sont chargés d'une substance granuleuse. Sur les coupes longitudinales on voit une *intrication* très marquée des fibres, celles-ci n'étant pas parallèles comme dans les muscles sains, mais contournées dans tous les sens, comme nouées ensemble et présentant de grandes inégalités dans leurs contours. — La *striation transversale* des fibres est moins nette, plus fine que dans les muscles sains, quelques fibres même semblent presque homogènes. — Enfin dans certaines fibres on observe la *formation de vacuoles ;* celles-ci sur une coupe transversale se montrent sous l'aspect de lacunes arrondies, de dimensions variables, placées le plus souvent d'une façon un peu excentrique et limitées par un contour très net ; ces lacunes peuvent être vides, ou bien contenir une masse homogène très finement granuleuse ; sur une coupe longitudinale ces lacunes ont une forme elliptique allongée ou ovale.

Quant au *système nerveux central* et aux *troncs nerveux*, Erb n'a pas eu l'occcasion de les examiner.

Les autres chapitres de ce volume contiennent aussi de précieux renseignements, mais l'espace nous manque pour les analyser ici. Signalons l'*historique* avec une critique très approfondie de tous les cas publiés jusqu'à présent, cas auxquels Erb en ajoute trois inédits. Puis la discussion sur la *nature* de la maladie de Thomsen que, grâce à ses découvertes anatomo-pathologiques, Erb fait définitivement sortir du cadre des névroses. P. MARIE.

Thomsen'sche Krankheit bei vier Geschwistern (Maladie de Thomsen chez trois frères et une sœur), par A. EULENBURG et MELCHERT (*Berlin. klin. Woch.*, *XXII*, *n°* 38, *p.* 605).

Dans la famille K... de Grabow les grands parents paternels et maternels étaient bien portants; un frère du père a eu deux enfants sourds-muets; la mère est sujette à des névralgies. Aucun mariage consanguin. Les 6 enfants K... ont tous eu des convulsions au moment de la dentition; pendant la période scolaire, tous ont été enclins à des accès de céphalée unilatérale avec vomissements. La seconde des 3 filles, âgée de 24 ans, a des migraines, et une sœur de 17 ans a eu longtemps des terreurs nocturnes.

Les 3 fils, âgés respectivement de 22, 21 et 14 ans, et la sœur aînée, âgée de 29 ans, sont atteints de maladie de Thomsen.

Les conditions hygiéniques, économiques et morales ne laissent pourtant rien à désirer dans cette famille. Chez tous quatre, c'est dans la seconde enfance, ou même plus tard, de 12 à 14 ans, que se sont montrés les premiers phénomènes morbides. Les troubles sont exagérés à la suite des bains froids et des fatigues; ils sont moindres après les repas et quand l'humeur est gaie. L'aîné des fils a, tant bien que mal, fait ses deux ans de service militaire; le second a dû être réformé malgré sa musculature athlétique.

Les 4 malades offrent une exagération de l'excitabilité mécanique et de l'excitabilité électrique directe des muscles avec les caractères de lenteur et de prolongation des contractions qu'Erb a désignés sous le nom de réaction myotonique. Mais chez aucun des 4, la persistance des contractions n'est aussi marquée que dans les 2 cas d'Erb; aucun d'eux ne présente non plus les contractions rythmiques onduleuses par l'application des courants stabiles (*R. S. M.* XVII, 586 et 587; XXIII, 196, 197, 199 et 200). J. B.

The tendon-jerk and muscle-jerk in diseases (Les réflexes tendineux et musculaires dans les maladies), par Weir MITCHELL et Morris LEWIS (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, *octobre* 1886).

Les recherches des auteurs ont eu pour point de départ le fait indiqué par Jendrassik du renforcement des réflexes tendineux sous l'influence d'efforts musculaires volontaires. Or, il en serait de même pour les contractions idio-musculaires provoquées par la percussion brusque des muscles. L'observation de cette double réaction mécanique des tendons et des muscles, avec ou sans renforcement, constitue la meilleure méthode pour apprécier dans un cas donné l'état de la tonicité musculaire.

Les auteurs ont fait une première application de ces principes à l'étude de l'ataxie locomotrice, et voici, sur un total de 23 cas, quels sont les principaux résultats obtenus.

En divisant l'évolution régulière de la maladie en 4 périodes (pas d'incoordination motrice, légère incoordination, grande incoordination,

stade paralytique), on voit que dans la première période, le réflexe tendineux est amoindri ou aboli, mais encore renforçable; il cesse de l'être, et sa disparition est définitive dans les 3 périodes suivantes.

Les réflexes musculaires, aux extenseurs de la main par exemple, sont, successivement, conservés et renforçables; puis conservés et non renforçables; plus tard encore, ils sont augmentés en intensité et en vitesse; enfin, à mesure que progresse la maladie, ils s'affaiblissent, ne peuvent plus se renforcer, et à la fin toute excitabilité tendineuse ou musculaire a disparu.

L'explication de la période intermédiaire, avec augmentation de la contraction idio-musculaire, est encore obscure; on peut supposer qu'il s'agit là de lésions irritatives de la fibre striée (?).

Tout en étudiant l'influence des mouvements volontaires sur les contractions d'origine tendineuse et musculaire, les auteurs ont noté souvent la production simultanée de mouvements associés. Ainsi, l'action de fermer le poing provoque des mouvements de l'autre main, ou même de l'une ou des deux jambes. Le fait est particulièrement fréquent dans les périodes avancées de la maladie. A. CHAUFFARD.

I. — Contribution à l'étude des pneumonies infectieuses, par François HELME (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Ueber die Ætiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen (pneumonies), par WEICHSELBAUM (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 *juin* 1886).

III. — Sur l'infection purulente, suite de pneumonie, par JACCOUD (*Acad. des Sciences*, 24 *mai* 1886).

IV. — Streptokokkus bei Pneumonie nach Typhus (Nouveau streptocoque dans la pneumonie lobaire de la fièvre typhoïde), par H. NEUMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 420, *et n°* 27. *p.* 439, 28 *juin et* 5 *juillet* 1886).

V. — Fall von Cercomonaden im lebenden Lungengewebe (Présence de cercomonades dans le poumon chez le vivant), par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 299, 3 *mai* 1886).

VI. — Ein Fall von primären Lungensarcom (Sarcome primitif du poumon), par L. RÜTIMEYER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 7, *p.* 169, *et n°* 8, *p.* 199, 1er *et* 15 *avril* 1886).

VII. — Du cancer primitif du poumon, par BERNHEIM et SIMON (*Rev. méd. de l'Est*, 1er *août* 1886).

I. — Dans une première partie, Helme analyse les travaux les plus récents parus sur les épidémies pneumoniques.

La seconde partie est un résumé critique très complet des diverses recherches faites sur le microbe de la pneumonie, depuis Billroth et Klebs (1874), jusqu'à Friedländer, Leyden et Talamon. Il ressort de cette discussion que la pneumonie virulente reconnaît constamment pour cause la présence d'un diplococcus ovale ou lancéolé, tantôt encapsulé, tantôt libre. Mais indépendamment de ce microbe pneumonique vrai qui ne tue pas le lapin, il y aurait un microbe pseudo-pneumonique tuant le lapin, ce qui serait peut-être le même que celui signalé dans la méningite cérébro-spinale et dans la salive (microbe en 8 de chiffre de la salive, de Pas-

teur). Enfin, Weichselbaum admet que le microcoque de Friedländer n'est pas le seul qui existe dans la pneumonie (Voy. ci-après).

Dans la partie clinique de son mémoire, Helme décrit les faits qu'il a observés au printemps dernier, et qui se rapprochent complètement des épidémies pneumoniques décrites par les auteurs.

Dans tous ces cas, les symptômes observés ont été les suivants : Absence, ou tout au moins rareté de frisson initial; point de côté peu constant, mais état général toujours d'emblée mauvais, avec apparence typhoïde. Toux et expectoration presque nulles. La percussion montre une augmentation du volume de la rate, l'urine est constamment albumineuse : les crachats sont rarement rouillés, d'ordinaire muqueux striés de sang. A l'examen de la poitrine, on constate une diminution des vibrations thoraciques, un souffle doux tubo-pleural, et de la broncho-égophonie, indiquant un certain degré d'infiltration pleurale.

La marche de ces pneumonies est en général rapidement envahissante, d'autres fois elles procèdent par poussées successives et simulent des foyers disséminés : enfin, elles sont fréquemment bilatérales. Dans les formes graves, les crachats sont plutôt purulents que franchement pneumoniques. H. R.

II. — Les recherches de Weichselbaum ont porté sur 127 cas de pneumonies primitives ou secondaires : il a examiné les exsudats pulmonaires quelques heures après la mort, ou bien en les recueillant sur le vivant à l'aide de la seringue de Pravaz, et a pratiqué 85 fois les cultures.

Il décrit quatre sortes de bactéries :

1° Le diplococcus pneumoniæ : c'est la variété la plus fréquente, constatée dans 91 cas, surtout dans la pneumonie lobaire;

2° Le streptococcus pneumoniæ, trouvé 20 fois;

3° Le staphylococcus aureus et albus, trouvé seulement dans les pneumonies secondaires;

4° Le bacillus pneumoniæ (pneumococcus de Friedländer), constaté seulement 9 fois; une fois il a coïncidé avec le diplococcus, et une fois avec le streptococcus. Dans les autres cas les bactéries n'étaient pas mélangées.

Les cultures de ces différents bacilles ont permis de produire chez les animaux les diverses variétés de pneumonies.

Il ne faut donc plus admettre l'unité du virus pneumonique. Il y a plusieurs virus pneumoniques correspondants à des modalités cliniques distinctes.

Quand on parle de pneumonies secondaires, il faut savoir qu'elles n'ont rien de spécial au point de vue étiologique : elles ont, comme les pneumomies primitives, leur bacille générateur.

Les bacilles sont constatés dans les crachats dès le début de la maladie; c'est même à ce moment qu'on en trouve le plus grand nombre.

L. GALLIARD.

III. — Jaccoud publie deux cas de pneumonie simple suivis de pyohémie et dont l'évolution est la suivante : la maladie présente les caractères et la marche de la pneumonie franche, rien ne fait prévoir les incidents redoutables dont elle sera le point de départ; dans les délais ordinaires, la phase aiguë arrive à son terme, la fièvre prend fin. Mais la défervescence fébrile n'est pas suivie d'une réparation locale complète,

un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste sans changement. Après une période stationnaire indécise, la situation du malade s'aggrave, et il succombe après avoir présenté les signes non douteux d'un état d'infection, ou bien il meurt subitement sans aggravation préalable. A l'autopsie, on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique, et des foyers purulents diffus, dans les articulations, le cœur, les reins, etc. Dans les divers foyers on a pu trouver des streptocoques et staphylocoques en abondance.

La filiation pathogénique est bien nette dans ces deux observations : pneumonie devenue purulente, pénétration des agents pyogènes dans le sang, formation de foyers purulents à distance : c'est une pyohémie par migrations microbiennes. A. C.

IV. — Enfant de 12 ans ayant succombé à une fièvre typhoïde, compliquée de noma et de pneumonie lobaire. Ni la rate, ni les ganglions mésentériques, ni le foie ne renfermaient de bactéries. En revanche, le poumon hépatisé contenait des microcoques généralement ronds, affectant en majorité l'apparence de diplocoques. Neumann les a cultivés sur la gélatine, l'agar agar, le sérum, dans le bouillon en obtenant chaque fois des microcoques en chaînettes dont le diamètre variait entre 1/2 et 3/4 μ. Les inoculations à différentes espèces animales lui ont montré que ce streptocoque ne correspondait exactement à aucun de ceux décrits jusqu'ici par Lœffler, Krause, Rosenbach, A. Fraenkel, Passet, etc.

Neumann pense que les ulcérations gangréneuses de la bouche avaient été la voie d'entrée de ce microrganisme.

En terminant, il ajoute que dans un cas de broncho-pneumonie morbilleuse mortelle chez un garcon de 3 ans 1/2; il a trouvé les staphylocoques blanc et doré à côté de divers autres organismes dans les foyers d'hépatisation. J. B.

V. — Chez un malade qui avait subi la thoracentèse, au bout de quelque temps apparut un bruit de succussion sans aucun des autres signes de pneumo-thorax. Pendant la seconde ponction, l'homme ayant fait un mouvement, on perçut tout à coup un bruit analogue à celui produit lorsqu'on souffle à travers un tube plongé dans l'eau ; tous ces phénomènes indiquaient une fistule pleurale avec valvule s'ouvrant à l'inspiration et se fermant à l'expiration. L'examen microscopique du liquide extrait de la poitrine y fit reconnaître des cercomonades (monas lens) qui se trouvaient également dans les crachats où l'on put une fois découvrir aussi des bacilles tuberculeux.

Kannenberg a signalé les cercomonades dans la gangrène pulmonaire dont il n'existait ici aucun symptôme. J. B.

Il n'existe pas dans la littérature de fait analogue.

VI. — Femme de 28 ans. En automne 1882, point de côté thoracique gauche et fièvre, depuis lors, respiration toujours un peu courte. En mars 1884, recrudescence de l'oppression, toux sèche, fièvre avec frissons et élancements par instants dans le côté gauche de la poitrine où le médecin constate pour la première fois de la matité. Une ponction exploratrice est sans résultat. Etat actuel : ni cachexie, ni cyanose, ni œdème; émaciation modérée, un peu de fièvre surtout le soir, respiration accélérée oscillant de 20 à 30; pouls fréquent, régulier.

Côté gauche du thorax un peu dilaté avec effacement des espaces intercostaux. Le choc de la pointe du cœur n'est pas appréciable à l'endroit habituel, pulsation épigastrique. A partir de la 4e côte gauche jusqu'en bas, matité absolue avec absence des vibrations thoraciques. Sonorité tympanique du sommet du poumon. Absence complète de murmure vésiculaire au niveau

de la matité. Cœur refoulé à droite du sternum. Nulle part, sur le corps, il n'y a d'adénite. Urines normales.

Expectoration muco-purulente profuse ne contenant ni bacilles, ni fibres élastiques et seulement des globules de pus, d'abondants détritus et des cristaux d'acide sébacique.

Malgré deux nouvelles ponctions exploratrices sans résultat, Rütimeyer, se basant sur les commémoratifs, l'évolution de la maladie et la configuration de la matité, pense à un épanchement purulent et pratique, le 24 juin, la résection costale. La plèvre divisée, le doigt rencontre un tissu mou, rougeâtre, assez homogène dont l'ongle détache facilement de gros fragments sans produire d'hémorragie.

L'opération ne fut pas poursuivie et le microscope révéla qu'on avait affaire à un sarcome à cellules fusiformes.

Au bout de 10 jours la plaie était refermée ; la gêne respiratoire diminua momentanément. Le 10e jour après l'opération, les crachats devinrent safranés, comme pneumoniques, puis ils devinrent verts, ictériques, avec des nuances variables entre celles de l'olive et du gazon ; l'examen microscopique n'y montre cependant aucun élément nouveau. 9 semaines après la thoracotomie, l'expectoration se modifiait encore, devint sanguinolente ; la femme succomba le 27 septembre.

Autopsie. — Nulle part il n'y a de cancer que dans le poumon gauche, dont le lobe inférieur est presque complètement détruit par une tumeur longue de 20 centimètres et large de 16, de coloration blanche avec quelques caillots disséminés dans son tissu qui est d'apparence fibreuse par places et d'aspect encéphaloïde, en d'autres ; la consistance de cette tumeur est molle, elle donne à peine du suc au râclage. La tumeur, dans sa distribution, n'offre aucun rapport avec le trajet des vaisseaux ou des bronches ; celles-ci étant détruites dans l'épaisseur de la tumeur, tandis qu'elles sont parfaitement normales en dehors de ses limites. Presque partout la tumeur est enveloppée d'une lamelle plus ou moins mince de parenchyme pulmonaire intact ou ardoisé. Il n'y a de ganglions bronchiques hypertrophiés qu'au niveau de la bifurcation de la trachée ; aucun d'eux d'ailleurs ne présente d'autre altération qu'une pigmentation fusiforme. Il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes.

L'expectoration verdâtre n'a été signalée antérieurement que deux fois : l'une par Elliott (*R. S. M.*, V, 156), et l'autre par Janssen (*Thèse inaugurale,* Berlin 1879), dans un sarcome pulmonaire primitif à cellules rondes. J. B.

VII. — Bernheim et Simon ont observé un cas de cancer primitif du poumon chez une femme de 39 ans. Cette affection a duré 15 mois environ. A l'autopsie on trouva un cancer du poumon droit, cancer qui avait pris naissance à la fois aux dépens du tissu conjonctif du poumon et de l'épithélium alvéolaire.

De l'étude comparative de 19 autres cas de cancer du poumon rassemblés par ces auteurs, on doit conclure que les symptômes les plus fréquents sont : l'existence de douleurs plus ou moins vives dans la région thoracique (12 fois sur 19), de la toux et de la dyspnée dans tous les cas, une expectoration mucoso-purulente et surtout hémorragique (8 fois sur 19), l'expectoration gelée de groseilles étant l'exception, une adénopathie cervicale ou axillaire (6 fois sur 19), des accidents de compression des organes voisins de la tumeur (10 fois sur 19), l'existence d'un épanchement hémorragique dans la plèvre correspondant à la lésion (6 fois sur 19), enfin un amaigrissement notable sans teinte jaune paille dans la plupart des cas. P. PARISOT.

I. — Notes on the position of the fluid in cases of pleuritic effusion, par J. SYMINGTON (*Edinb. med. j.*, p. 834, 1886).

II. — Pleurisy followed by empyema, etc. (Pleurésie devenue purulente, ponction, canule à demeure, guérison sans rétraction), par T.-H. PARKE (*Brit. med. j., p.* 248, *fév.* 1886).

III. — Empyème pulsatile, pleurotomie antiseptique, guérison, par FLORAND (*France méd.* 4 *fév.* 1886).

IV. — The result of excision of a portion of rib in fifteen cases of empyema (Résultat de la résection d'une portion de côte dans 15 cas d'empyème), par G. MAKINS (*St-Thomas's hosp. Rep. XIV, p.* 145).

V. — A case of diaphragmatic empyema, par Vincent HARRIS (*Brit. med. j., p.* 972, *mai* 1886).

VI. — Case of gangrene of the lung, par Gulliver GEORGE (*St-Thomas's hosp. Rep. XIV, p.* 200).

VII. — Cancer primitif de la plèvre, pleurésie hémorragique, par DIEULAFOY (*Soc. méd. des hôp.*, 11 *fév.* 1886).

VIII. — Des varices du thorax et de leur valeur séméiologique dans les tumeurs du médiastin, par Louis ESCARRAS (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — L'auteur a eu l'idée, pour connaître la répartition du liquide dans les épanchements pleurétiques, de faire geler les cadavres de plusieurs enfants, et de pratiquer des sections longitudinales et transversales.

Il a reconnu que le liquide ne descendait pas en arrière jusqu'au fond du cul-de-sac pleural; il restait un espace libre s'étendant de la 11e à la 12e côte, environ. Dans un de ces cas, dont il donne le schéma, le liquide existait sous forme d'une lame épaisse entre le poumon refoulé en avant et la paroi postérieure du thorax. Il s'arrêtait en avant, en s'amincissant vers la région axillaire. En haut, elle atteignait la première côte, en se recourbant par-dessus le sommet du poumon.

Le cadavre avait été placé dans le décubitus horizontal pendant qu'il était livré à la congélation.

Cette méthode n'est pas irréprochable. On sait en effet que les liquides augmentent de volume en se congélant. N'y a-t-il pas eu par ce fait un véritable déplacement? A. MATHIEU.

II. — Homme de 24 ans : pleurésie droite contractée par refroidissement en avril. Epanchement considérable et pneumonie concomitante du côté gauche. Ponction de nécessité amenant 60 onces de liquide opaque teinté de sang, très albumineux. Reproduction rapide du liquide nécessitant une seconde ponction; cette fois le liquide est louche : il devient franchement purulent à la troisième. L'auteur se décide alors à ponctionner avec un trocart volumineux et à laisser une canule à demeure, par laquelle on fait des lavages antiseptiques phéniqués tous les deux jours. Amélioration graduelle de l'état local, disparition de l'épanchement, rétraction de la poitrine d'abord très accentuée; mais qui ultérieurement disparaît complètement. Guérison totale dans le courant du mois de mai. H. R.

III. — Femme, de 27 ans, atteinte d'un épanchement pleurétique gauche assez considérable. Une thoracentèse donna issue à deux litres 1/2 d'un liquide séreux, un peu louche. Malgré l'application d'un large vésicatoire, l'épanchement se reproduit, et la malade va en s'affaiblissant.

Le 24 mars, on aperçoit des pulsations isochrones aux pulsations cardiaques. La thoracentèse pratiquée trois jours après, donne issue à un litre 1/2 de pus épais. On s'arrête au moment d'une quinte de toux. Après la ponction, les pulsations ont complètement disparu, et le cœur a repris sa position normale. Le murmure vésiculaire est perceptible dans toute l'étendue du poumon. Pas de signes de pneumothorax.

Le 2 avril, les pulsations ont reparu; mais elles sont très légères. Les jours suivants, elles vont en s'accentuant, et une nouvelle thoracentèse pratiquée le 18 donne issue à 1,800 grammes de pus. Mais l'épanchement se reproduit et la malade s'affaiblit de plus en plus. On se décide à pratiquer la pleurotomie antiseptique le 1er mai. L'incision, dans le 6e espace intercostal, fait sortir environ un litre de pus. Drainage, lavages à l'acide borique et au chlorure de zinc. La malade reprend peu à peu son embonpoint et son appétit, et vers la fin de novembre on peut enlever le dernier tube. Quelques jours plus tard la plaie est complètement refermée, et la respiration s'entend normale dans toute l'étendue de la poitrine. GASTON DECAISNE.

IV. — Makins relate en grand détail 15 observations d'empyèmes complétés par l'opération d'Estländer. Il divise ces cas en deux catégories, suivant l'absence ou la présence de tubercules pulmonaires. Chez les neuf malades de la première catégorie, il n'y eut qu'une mort; les huit autres guérirent, d'autant plus lentement qu'on avait mis un plus long temps à se décider à l'opération. En général, une rétraction considérable de la paroi thoracique est une circonstance défavorable, de même que l'existence d'une série de ponctions antérieures. Dans la plupart des observations publiées, la cicatrisation du cal osseux et la réunion des fragments de côtes réséqués ne se montrent guère avant un an.

Les malades de la seconde catégorie, tuberculeux, ont tous gardé une fistule persistante après l'opération, sauf l'un d'eux, qui vit sa plaie complètement fermée au bout de trois mois. Il est à remarquer que les déviations secondaires du rachis sont relativement fort rares.

Au point de vue du manuel opératoire, l'auteur donne la préférence à la sixième et à la septième côte sur la ligne axillaire postérieure, pour pratiquer la résection. H. R.

V. — Il s'agit d'une femme de 59 ans, souffrant de bronchite chronique et d'emphysème depuis plusieurs années. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a un point de côté violent et, depuis lors, éprouve une dyspnée considérable. A son admission, on constate de la cyanose, de l'angoisse, le pouls petit, l'état général mauvais. La poitrine est remplie de râles fins, surtout aux deux bases; à droite existe de la matité peu étendue qui semble en rapport avec un état congestif du foie, sans souffle ni égophonie. Au bout de quelques jours, la malade meurt asphyxiée.

L'autopsie révèle un épanchement récent, d'un demi-litre de sérosité claire, dans le côté droit de la poitrine; les poumons sont engorgés et emphysémateux. Mais une lésion complètement inattendue est trouvée au-dessous du lobe pulmonaire inférieur droit : il existe une poche purulente enkystée, située entre le diaphragme et le poumon, sans communication avec les bronches et avec la plèvre. Le point insolite de ce fait est la coexistence, du même côté de la poitrine, d'une pleurésie diaphragmatique suppurée, et d'un épanchement séreux dans la grande cavité pleurale. H. R.

VI. — Observation de pneumotomie pour une pleurésie consécutive à une gangrène pulmonaire. Une ponction faite au-dessous de l'angle de l'omoplate ramène une once de pus fétide, sans gaz. Après chloroformisation, une incision est conduite au niveau de la ponction, et un pouce de la huitième côte est réséqué de façon à drainer largement. Le chirurgien tombe sur une ca-

vité purulente d'où s'échappe une pinte de pus noirâtre et infect, drainage, injections de sublimé : pansement à la gaze iodoformée, Le lendemain, le malade est mieux et respire plus facilement. Pendant onze jours, il va s'améliorant et toussant de moins en moins; ses crachats n'ont plus d'odeur. On le considérait presque comme un convalescent, lorsque se produisent coup sur coup deux hémoptysies considérables, la dernière mortelle.

L'autopsie montra que la cavité purulente était bien intrapulmonaire, et non intrapleurale. Les poumons n'étaient pas tuberculeux et la cicatrisation de la caverne était commencée. L'hémorragie provenait d'une branche de l'artère pulmonaire ulcérée. H. R.

VII. — X..., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital, le 20 novembre; depuis plusieurs années il éprouve de violentes douleurs à la base de la poitrine, et a plusieurs fois rendu des crachats sanguinolents; puis récemment étaient survenus frissons et dyspnée. Le jour de l'entrée, on trouve un épanchement pleural remplissant tout le côté gauche et on retire 1,000 grammes de liquide hémorragique ; pendant 2 mois la dyspnée resta vive, nécessitant 7 ponctions; le malade ne toussait, ne crachait, ni ne maigrissait. Pendant les 10 semaines suivantes, on fait 25 ponctions de 3 à 400 grammes. Le poumon droit était intact. Pas de bacilles dans les crachats ni le liquide pleural, pas de fièvre; cinq mois après le début, la dyspnée disparut, et jusqu'à la mort il ne fut pas nécessaire de pratiquer de nouvelles ponctions.

Le malade finit par mourir au bout de 14 mois, sans prendre l'aspect d'un cancéreux ; à l'autopsie, on trouva un cancer primitif de la plèvre diaphragmatique, gros comme le poing, et un litre de liquide hémorragique ; le poumon gauche était tassé et contenait une tumeur grosse comme une noix. Secondairement le cancer avait envahi les 3 premières vertèbres lombaires, le sternum, les dernières fausses côtes gauches, le foie, le rein gauche et la cloison interventriculaire du cœur. H. L.

VIII. — Escarras a pu observer deux cas de varices thoraciques dans le service de Raymond. Il considère que c'est une manifestation d'une grande importance diagnostique et pronostique dans les tumeurs du médiastin. Elles sont surtout fréquentes dans les cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte. Le pronostic dépend du moment où surviennent ces varices. Précoces, elles ont peu de gravité immédiate ; survenant au contraire tardivement, et à la suite d'accès de dyspnée intense, on doit craindre un dénouement fatal à bref délai. P. GALLOIS.

De la gangrène pulmonaire, sa spécificité et sa contagion, par L. BARD et CHARMEIL (*Lyon méd.*, 25 *avril* 1886).

La gangrène pulmonaire doit être considérée comme une entité pathologique spéciale, d'origine microbienne spécifique, qui mériterait le nom de septicémie gangréneuse diffuse du poumon.

Telle est la proposition que développent, dans leur travail, les médecins lyonnais, en s'appuyant sur les données fournies par quatre observations de leur service.

Une malade, phtisique et en état de grossesse, vient mourir à l'hôpital d'une gangrène pulmonaire; elle séjourne quatre jours dans la salle commune et en moins de six jours deux autres malades, atteintes de lésions chroniques de l'appareil respiratoire et placées près du lit de la première, ont de la gangrène pulmonaire, présentent un appareil tout à fait analogue de symptômes et meurent en quelques jours. A l'autopsie, on constate dans les trois cas les lésions d'une gangrène diffuse du poumon des plus intenses. D'autres malades, voisines de lit, mais en séjour pour des affections diverses n'intéressant pas les bronches ou le poumon, n'éprouvent rien.

Le quatrième cas est peu démonstratif : il s'agit d'un malade, homme, qui mourut également de gangrène pulmonaire, mais six mois après cette petite épidémie.

Les auteurs sont convaincus qu'il y a eu dans les deux premiers cas une contagion microbienne ; ils en trouvent la preuve, à défaut de recherches expérimentales (un seul cobaye reçut dans le poumon une injection de sérosité pulmonaire et mourut de gangrène), dans l'identité de l'évolution, des symptômes et de la lésion anatomo-pathologique.

A. CARTAZ.

I. — Die letztjährige Typhusepidemie in Zürich und ihre ursächliche Beziehung zur Wasserversorgung (L'épidémie de fièvre typhoïde de Zurich en 1884, causée par les eaux potables), par C. KAUFMANN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 17, p. 423, 1er *septembre* 1885).

II. — Caractères de l'épidémie de fièvre typhoïde de Zurich en 1884, par EICHHORST (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 15, p. 377, 5 *août* 1885).

III. — Fièvre typhoïde épidémique à la campagne. Infection par l'eau potable. Traitement par la méthode de Brand, par J. BALLIVET (*Revue méd. Suisse romande*, VI, 5 et 65, *janvier et février* 1886).

IV. — Rapport sur la contagion de la fièvre typhoïde, par LETULLE (*Soc. méd des hôpitaux*, 25 *avril* 1886).

V. — Typhus hépatique bénin. Rechute. Guérison, par A. MATHIEU (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1886).

VI. — Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden (Découverte des bacilles typhoïdiques dans les taches rosées), par R. NEUHAUSS (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 89, 8 *février* 1886).

VII. — Weitere Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus (Nouvelles recherches du bacille de la fièvre typhoïde dans les taches rosées et dans les organes du fœtus), par R. NEUHAUSS (*Ibid.*, n° 24, p. 389, 14 *juin* 1886).

VIII. — Ueber die Ursache eitriger Entzündungen... (Sur la cause des suppurations et des thromboses veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde), par Th. DUNIN (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band* XXXIX, *Heft* 3 et 4, p. 369).

I. — L'épidémie commencée en mars 1884 a duré jusqu'en octobre, avec un maximum (formant plus de la moitié des cas) dans les trois dernières semaines d'avril.

Le nombre total des personnes atteintes s'est élevé à 1621, avec une répartition sensiblement égale entre les deux sexes. C'est à peu près un pour cent de la population qui a été frappé par l'épidémie.

513 individus avaient moins de 15 ans ; et 3 étaient âgés de plus de 70 ans.

Il y a eu 148 décès, ce qui constitue une mortalité de 9/11 0/0.

Chez les personnes âgées de moins de 20 ans, la mortalité a oscillé entre 2/4 et 6/9 0/0 ; de 20 à 40 ans, elle a été de 10 0/0 ; à partir de cet âge jusqu'à 70 ans, elle s'élève jusqu'au triple.

La fièvre typhoïde n'a sévi qu'à Zurich et dans les communes de sa banlieue immédiate, alimentées par le service municipal de la ville. Un groupe

de maisons d'Auersihl, situé dans un quartier éprouvé fortement, n'a pas offert un seul cas de la maladie, parce que seul il n'était pas relié à la conduite municipale.

Depuis 1881, où l'épidémie typhoïde règne à Zurich, l'école normale d'Unterstrass était restée complètement indemne, parce qu'on y boit ordinairement de l'eau de source prise dans les fontaines publiques. Le 1er et le 2 avril 1884, jours d'examen, un certain nombre d'élèves burent de l'eau du service des abonnés, immédiatement après les examens, presque tous les élèves quittèrent la ville et bientôt 18 d'entre eux, formant plus du tiers de l'effectif, furent atteints de fièvre typhoïde, dont 15 dans l'espace de 5 jours, du 12 au 16 avril.

Le service des abonnés de la ville se fait avec de l'eau du lac de Zurich, prise à l'endroit où la Limmat en sort, elle traverse un filtre de sable placé dans le lit même du fleuve, de même que la conduite, partie en béton, partie en fonte, qui l'emmène aux pompes élévatoires.

Cette eau était souvent trouble, depuis 4 ans, ce qui s'explique par l'ensemble des circonstances suivantes : Le filtre était rempli de vase et la conduite de départ complètement obstruée sur une portion de son parcours.

Comme d'autre part la conduite de béton n'était pas étanche, il en résultait que c'était de l'eau de la Limmat qui était servie à domicile. Or, l'eau de la rivière est fortement polluée à la fois par les débris du marché aux légumes et du marché à la viande et par les vidanges du quartier riverain, qui renfermaient, au mois de mars 1884, les déjections de deux typhoïdiques.

On n'a pu déceler les bacilles de la fièvre typhoïde, ni dans la vase du filtre, ni dans l'eau elle-même, mais ces recherches n'ont été faites qu'en mai. J. B.

II. — 411 malades ont été soignés à l'hôpital, soit environ le quart des personnes atteintes par l'épidémie. Sur ces 411, 56 ont succombé, ce qui représente la mortalité considérable de 13/6 0/0.

On a noté beaucoup de collapsus sans phénomènes locaux intenses, ni fièvre considérable, ce qui prouve des infections graves. 12 malades ont succombé au collapsus ; 13 à une pneumonie.

C'est vers le 15 avril que l'épidémie a débuté brusquement. Elle a atteint peu d'enfants. Les adultes étaient en majorité entre la vingtième et la quarantième année.

On a observé 23 rechutes (5/6 0/0), dont aucune mortelle.

En général, la température des malades n'était pas très élevée. Chez huit d'entre eux, malgré l'existence de tous les symptômes caractéristiques, le thermomètre n'a jamais décelé de fièvre. Les taches rosées n'ont manqué que dans 5/8 0/0 des cas. L'herpès, relativement fréquent, s'est montré chez 11 malades. 7 ont eu des érysipèles, dont quelques-uns gangréneux.

21 malades ont eu des entérorragies auxquelles 4 (7/3 0/0 des décès) ont succombé. Chez 2 seulement, les hémorragies ont récidivé. J. B.

III — La relation de cette épidémie offre un double intérêt étiologique et thérapeutique. En effet, Ballivet a appliqué en grand la méthode balnéaire de Brand au sein d'une population exclusivement rurale ; il a prescrit à ses malades près de 3,000 bains.

A la fin de juillet 1884, une épidémie de fièvre typhoïde éclata à Thoiry, petit village du département de l'Ain ; elle dura 3 mois et sur 528 habitants en frappa 73, dont 4 succombèrent.

Le premier cas fut importé de Genève et les deux tiers des villageois atteints, c'est-à-dire tous les malades du premier mois de l'épidémie, furent uniquement des personnes ayant bu de l'eau contaminée par les déjections du premier typhoïdique.

Sur les 35 ménages que compte Thoiry, les 18 tributaires de la pompe infectée ont été, à un degré quelconque, éprouvés par le fléau ; en effet, sur 69 individus qui avaient bu de l'eau souillée, 44 sont tombés malades.

Quant aux 17 ménages qui n'avaient pas recours à cette eau, ils restèrent absolument indemnes.

Dans la seconde phase de l'épidémie, l'infection n'eut plus lieu par les eaux potables, mais vraisemblablement par le transport atmosphérique à courte distance des germes morbides. Le contraste était d'ailleurs frappant entre la distribution irrégulière de ces nouveaux malades aux quatre coins du village et la répartition au contraire systématique des premiers, qui étaient, pour la plupart, groupés autour la de source d'infection. J. B.

IV. — Letulle conclut que le mécanisme de la contagion reste encore discutable ; que la doctrine qui n'admet que l'action pathogène des matières fécales typhiques qu'après une élaboration plus ou moins prolongée, ou de la contagion immédiate, paraît trop exclusive ; mais que la preuve est encore à faire de la contagion directe, immédiate, sans période transitoire, de l'homme contaminé à l'homme sain ; que les faits sur lesquels est basé son rapport ne sont pas concluants, quelque probables que semblent plusieurs d'entre eux. H. L.

V. — Sous la dénomination de typhus hépatique, Mathieu entend l'ictère infectieux grave ou bénin : l'observation qu'il publie appartient à cette dernière variété. Le fait en lui-même est assez simple : Un homme, légèrement alcoolique, est pris brusquement d'ictère et de fièvre, son foie et sa rate se tuméfient ; il a plusieurs épistaxis, des taches ecchymotiques sur les membres inférieurs, de l'abattement, de la dysurie. Au bout de quelques jours, survient de la polyurie ; à partir de ce moment, la plupart des phénomènes s'amendent ; il semble revenir à la santé quand tous les accidents se reproduisent à peu près dans le même ordre pour disparaître rapidement et définitivement.

L'auteur se demande s'il ne faut pas voir dans ce cas l'effet d'un empoisonnement ayant pris sa source dans l'intestin. Les matières toxiques d'origine microbienne, remontant par les voies biliaires, auraient peut-être atteint le foie et au lieu de s'y arrêter et de s'y détruire, comme à l'état normal, auraient franchi cet organe et seraient entrées dans la circulation générale ; d'où l'apparition des symptômes typhoïdiques.

C. GIRAUDEAU.

VI. — Chez 6 malades atteints de fièvre typhoïde avec éruption récente de taches lenticulaires, Neuhauss prit du sang au niveau de taches rosées et au niveau de l'avant-bras.

Sur 48 tubes ainsi ensemencés, 3 seulement donnèrent des résultats ; ils provenaient de 3 malades différents et uniquement des taches rosées.

Les microorganismes de ces cultures se coloraient difficilement par l'aniline. C'étaient des bâtonnets courts relativement épais, à extrémités arrondies; leur longueur était d'environ le 1/3 du diamètre des globules rouges. Ils présentaient de nombreux filaments et étaient animés d'un vif mouvement dans une goutte d'eau distillée.

Neuhauss en injecte des quantités de $0^{gr},1$ — $0^{gr},3$ dans la cavité péritonéale de souris blanches. La majorité de ces animaux succomba. A leur autopsie, il constata les lésions caractéristiques décrites par Fränkel et Simmonds (*Die aetiologische Bedeutung des typhus-bacillus*; Hambourg 1886) : hypertrophie, vive injection et ramollissement de la rate; tuméfaction des ganglions mésentériques et des plaques de Peyer.

Des parcelles du tissu de la rate et des ganglions placés sur de la gélatine nourricière reformèrent les bacilles caractéristiques. J. B.

VII. — Neuhauss a examiné des échantillons de sang provenant de 9 malades atteints de fièvre typhoïde. Tous les tubes ensemencés restés stériles, à l'exception de 6 contenant du sang de taches rosées, sont de 6 malades différents. Ces derniers ont fourni les microorganismes pathognomoniques de Koch et d'Eberth.

En somme, sur 15 typhoïdiques chez lesquels il a jusqu'ici examiné les taches lenticulaires, il a trouvé les bacilles chez 9. Comme c'est uniquement le sang des taches rosées qui a fourni les produits de cultures, il est vraisemblable que ces taches doivent leur origine à des embolies cutanées formées par les microorganismes.

Les taches dont le sang est resté stérile étaient des points rouge pâle, disparaissant immédiatement sous la pression du doigt, tandis que celles dont les ensemencements ont été féconds étaient saillantes et ne s'évanouissaient pas complètement sous le doigt.

Ce procédé diagnostique pourra être utilisé dans les cas où l'on hésitera entre une fièvre typhoïde et un typhus pétéchial.

L'une des malades, ches lesquelles Neuhauss a pu trouver le bacille dans les taches rosées, lui a fourni également l'occasion de le déceler dans les organes du fœtus.

Cette femme, admise à l'hôpital de Béthanie pour une hématémèse contracta la fièvre typhoïde le vingt et unième jour. Dans le quatrième septénaire, après 6 jours d'apyrexie, elle éprouva une rechute. Celle-ci terminée, le quatrième jour après la cessation de la fièvre, elle mit au monde un fœtus de 4 mois.

Neuhauss ensemença de la gélatine nourricière avec des parcelles provenant des poumons, du foie, de la rate, des reins, du cerveau et du contenu de l'intestin de ce fœtus.

Au bout de 2 jours, il vit se développer les bacilles typhoïdiques dans les tubes ensemencés avec le poumon, la rate et les reins.

La rate du fœtus n'était pas hypertrophiée et son intestin ne présentait ni ulcérations, ni gonflement des plaques de Peyer. J. B.

VIII. — Dans les cultures qu'il a faites avec le pus d'otites moyennes suppurées, l'auteur a obtenu des colonies de staphylococcus aureus et de staphylococcus albus. Il est donc amené à penser que ces suppurations relèvent de la pyémie. Il en serait de même des suppurations multiples que l'on peut observer à une période avancée de la fièvre typhoïde, et des thromboses veineuses qui se rencontrent parfois. A. M.

L'immunité par les leucomaïnes, par E.-G. B... (*Broch. Paris*, 1886).

L'auteur anonyme se demande comment s'obtient l'immunité produite soit par l'atteinte antérieure d'une maladie, soit par la vaccination, et conclut à l'action des leucomaïnes dérivées des microbes, qui constituent, à proprement parler, les bouillons de culture. Voici l'un des raisonnements (il y en a trois) par lesquels est établie cette hypothèse.

Le microbe se propageant dans l'organisme y prend toutes les substances dont il a besoin pour sa nutrition. Ces substances chez l'homme bien portant sont dans une proportion donnée. Cependant l'homme après la maladie et la convalescence jouit d'une parfaite santé, ce qui prouve qu'il a repris toutes les substances qu'il avait perdues. Mais, comme il ne jouissait pas antérieurement de l'immunité, cette propriété doit tenir à l'adjonction d'une substance laissée par le microbe, cause de la maladie; ce sont les déchets résultant de son existence, identiques comme effet, comme genèse et comme constitution à ceux de nos bouillons de culture. Donc, ces substances que nous nommons *leucomaïnes*, et qui se trouvent également chez l'homme ayant l'immunité après la maladie, et chez celui qui la possède après vaccination, sont bien celles qui produisent ce bienfait de l'humanité.

En résumé les microbes meurent dans un bouillon lorsque, après avoir absorbé tous les éléments propres à leur nutrition, ils se trouvent en présence de leurs propres leucomaïnes qui pour eux sont toxiques. La maladie confère l'immunité en déposant dans l'organisme les mêmes leucomaïnes, et la vaccination, pour être efficace, doit inoculer non pas les microbes, mais les leucomaïnes qui les tuent.

L'auteur passe en revue les différentes maladies virulentes dont les microbes nous sont connus et montre de quelle façon elles justifient sa théorie. Nous ne pouvons le suivre dans ses développements trop étendus sur le vaccin du choléra des poules — la vaccination charbonneuse — la prophylaxie de la rage — le retour à la virulence — l'immunité héritée — les crises des maladies infectieuses — la loi d'accoutumance aux poisons.

JULLIEN.

GYNÉCOLOGIE.

Ueber die chronische hyperplasirende Endometritis (De l'endométrite fongueuse chronique, par G. HEINRICIUS (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXVIII*, *Heft* 2).

Le traitement adopté à la clinique d'Helsingfors contre l'endométrite fongueuse chronique est le raclage suivi de cautérisations. Le raclage est pratiqué avec la curette mousse. La dilatation artificielle du col n'est presque jamais nécessaire : l'opération est suivie d'une injection avec de l'eau pure ou phéniquée à 45° C. et d'une cautérisation avec le nitrate d'argent.

63 malades ont été traitées par ce procédé, du 15 juillet 1872 au 28 septembre 1885. 7 malades ont été perdues de vue après leur sortie de l'hôpital; 3 cas sont encore trop récents pour que la guérison puisse être considérée comme définitive; sur les 52 cas restants, il y a eu 30 guérisons définitives avec retour régulier des règles.

4 cas avec ménopause (les malades étaient à l'âge de la ménopause); 8 malades n'ont été qu'améliorées; la menstruation, quoique moins abondante, est encore irrégulière, et accompagnée ou non d'hémorragies dans l'intervalle.

Il y a eu un cas de mort consécutif, non à un raclage, mais à une injection intra-utérine.

Le raclage a été pratiqué 110 fois et n'a donné lieu que 7 fois à une réaction manifestée par des vomissements, sensibilité du bas-ventre, frissons ou fièvre durant quelques jours.

16 malades ont eu une grossesse après leur traitement : il est à remarquer que la cause de la maladie, dans tous ces cas, était une suite de couches ou un avortement. Le plus court intervalle observé entre le raclage et le début de la grossesse a été de quatre, cinq, et huit semaines.

Au point de vue histologique, l'auteur distingue deux formes d'endométrite chronique : une forme interstitielle et une forme glandulaire.

Au point de vue étiologique, l'avortement joue le premier rôle : 20 cas sur 63 ; puis viennent les troubles de la menstruation : aménorrhée ou menstruation irrégulière, et ménopause.

Ce mémoire débute par un historique très complet de la question du raclage utérin en France, Angleterre et Allemagne. H. DE BRINON.

Ueber einige Formen der Endometritis corporis, par LOEHLEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p.* 372, *et n°* 24, *p.* 389, 7 *et* 14 *juin* 1886).

Dans cet article, Loehlein traite de deux formes de métrite interne du corps utérin, la forme hyperplasique ou métrite fongueuse et la forme exfoliative, nommée à tort dysménorrhée membraneuse.

Dans l'endométrite fongueuse, le symptôme essentiel est constitué par les hémorragies, d'abord menstruelles, plus tard irrégulières.

Le sang est remplacé par moments par une sérosité jaune rougeâtre à odeur parfois fétide. Cette circonstance jointe à l'âge de la malade, à son air souffrant, à son anémie, fait craindre l'apparition d'un cancer.

Heureusement il existe un signe diagnostique absolument certain. C'est l'examen microscopique des parcelles détachées avec la curette tranchante.

Parmi les causes de la métrite fongueuse du corps, outre l'approche de l'âge critique, il convient de signaler la suppression accidentelle des règles; l'involution incomplète de l'utérus, surtout après un avortement; la rétroflexion utérine, par l'obstacle qu'elle oppose au retour du sang veineux; les corps fibreux interstitiels et sous-muqueux qui irritent la muqueuse ainsi que von Campe (*R. S. M.*, XXVI, 615) l'a démontré; enfin les affections des ovaires, influence sur laquelle Brennecke (*R. S. M.*, XXII, 572) a insisté tout spécialement et que Loehlein reconnaît aussi.

Quant au traitement, l'abrasion avec la curette des fongosités de la

muqueuse est le moyen le plus rapide, le plus sûr et le plus inoffensif, en procédant aseptiquement, de supprimer les hémorragies. Les récidives sont moins communes qu'avec les astringents ou les caustiques. Alors même que les altérations de la muqueuse ne sont pas circonscrites, les effets du raclage sont assez certains pour que sur 40 cas, observés durant plusieurs années de suite, Loehlein n'ait dû que 6 fois répéter l'opération.

Mais, contrairement à von Rabenau (*R. S. M.*, XXVIII, 185), Loehlein n'exécute pas le raclage dans la clinique ambulante; ses opérées restent au lit 2 ou 3 jours et gardent encore la chambre les 3 jours suivants. Lorsqu'il existe des traces de pelvipéritonite ou que l'opération détermine des douleurs, il fait appliquer une vessie de glace.

La dilatation préalable est rarement nécessaire, car il s'agit généralement de femmes ayant eu des enfants Quant aux injections consécutives de perchlorure de fer, Loehlein y a complètement renoncé après avoir vu quelques accidents à leur suite.

Loehlein ne considère d'ailleurs pas l'abrasion comme le seul traitement possible dans tous les cas. Les injections de perchlorure comptent aussi de nombreux succès de même qu'à Vienne le crayon de nitrate d'argent. Lorsque les pertes sont modérées, il ne craint pas de recourir soit à l'ergotine, soit surtout à l'extrait d'hydrastis canadensis (*R. S. M.*, XXV, 133; XXVII, 75) qu'il fait prendre dans la semaine qui précède les règles et dans les périodes intercalaires.

Il n'a pas encore observé de cas où les hémorragies soient assez opiniâtres pour justifier l'extirpation de l'utérus.

Enfin, il ne faut pas négliger le traitement des états morbides qui peuvent compliquer l'endométrite : rétroflexion, phlegmons des ligaments larges, pelvipéritonites, constipation, etc.

Quant à l'endométrite exfoliative, la dénomination de dysménorrhée membraneuse lui convient d'autant moins que les douleurs peuvent manquer complètement chez les femmes dont le canal cervical a été élargi par des accouchements; 5 des 12 malades de Loehlein n'éprouvaient pas la moindre sensation douloureuse.

Pas plus que les injections intra-utérines, l'abrasion de la muqueuse n'a le pouvoir de guérir d'une façon durable l'endométrite exfoliative, si l'on ne traite en même temps les résidus inflammatoires qui peuvent exister dans les annexes de l'utérus ou dans l'utérus lui-même. J. B.

Traction on the womb as a diagnostic and therapeutic method (La traction de l'utérus au point de vue diagnostique et thérapeutique), par B.-E. HADRA (*Amer. journ. of obstetrics, oct.* 1885).

Au point de vue diagnostique, la traction de l'utérus est utile :

Pour reconnaître et préciser le siège des inflammations paramétriques; pour reconnaître les dimensions relatives du corps et du col; pour établir les rapports de l'utérus avec une tumeur abdominale. Dans quelques cas, il est utile de combiner cette manœuvre avec le toucher rectal; mais dans la plupart des cas le toucher vaginal suffit. La traction de l'utérus, loin de rendre les ovaires plus accessibles, tend plutôt à les faire basculer en haut et par suite permet de distinguer les ovaires de nodules inflammatoires ou autres. Le meilleur instrument est la pince, dite pince à

balle américaine. La manœuvre est absolument sans danger : d'ailleurs on doit toujours se guider sur la sensibilité de la malade.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur emploie la manœuvre de traction répétée quotidiennement pour combattre certaines dysménorrhées nerveuses, pour provoquer la résorption des vieux exsudats paramétriques, pour combattre les déviations d'origine inflammatoire. Enfin, dans un cas de rétention d'urine dû à la compression de la vessie par la matrice, l'auteur a obtenu par la traction la disparition brusque d'accidents inquiétants pour la vie de la malade. H. DE BRINON.

I. — Sur un nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice, par VULLIET (*Rev. médic. Suisse romande, V, p.* 682).

II. — De la nouvelle méthode de Vulliet pour obtenir une dilatation de la cavité utérine, par A. BETRIX (*Idem, p.* 664).

III. — Rapport, par CHARPENTIER (*Bull. Acad. de méd.,* 12 *octobre* 1886).

I. et II. — Vulliet a pu par ce procédé voir comment se produisait l'hémorragie menstruelle et faire de la cavité utérine des photographies et des moulages.

Pour procéder à la dilatation de l'utérus, il fait mettre la femme dans la position génu-pectorale, le siège très relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin relevés avec une valve du côté de l'anus, puis il commence la dilatation en introduisant, d'abord, soit des sondes urétrales, soit des bougies de grosseur variable, suivant l'étroitesse et la résistance du canal utérin. A l'introduction de ces instruments, succède celle de petits tampons d'ouate iodoformée dont on augmente le nombre à chaque séance et qu'on laisse en place 48 heures, pour activer et régulariser la dilatation. Vulliet se sert aussi de tiges de laminaire qu'il retire au bout de 24 heures.

Après un temps variable de 10 jours à 5 semaines, la dilatation était complète chez les 13 femmes auxquelles Vulliet a appliqué sa méthode; les tampons n'ont eu d'autres inconvénients que de déterminer quelques coliques ou une légère augmentation de la température.

Ces malades avaient en majorité un cancer ; les autres, un fibromyome ou une endométrite. J. B.

III. — D'après les essais faits par Porak, Horteloup, Labbé et lui-même, Charpentier confirme les résultats obtenus par Vulliet, avec cette restriction que, dans quelques cas, on ne parvient pas à obtenir la dilatation complète, même après un plus grand nombre de séances qu'il n'est indiqué. Cette dilatation prolongée n'amène aucune réaction, sauf quelques coliques au début; l'utérus devient en quelque sorte inerte et reste distendu sans inconvénients. L'asepsie entretenue dans la cavité par les tampons amène les modifications les plus heureuses dans l'état local et général. A. C.

Ueber eine neue operative Behandlung der Retroflexio Uteri (Nouvelle opération pour la rétroflexion utérine), par von RABENAU (*Berliner klinische Woch., n°* 18, *p.* 284, 3 *mai* 1886).

Pour remédier à une rétroflexion utérine, von Rabenau a pratiqué, dans plusieurs cas, avec succès, l'opération suivante :

Après avoir fait l'abrasion de la muqueuse à cause de la métrite concomitante, il incise le col de chaque côté sur quelques centimètres de haut, puis ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur et sépare l'utérus de la vessie, à l'aide d'instruments mousses. Il excise alors la paroi antérieure de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres. Enfin il suture la plaie, en enfonçant dans la muqueuse vaginale une broche qu'il fait ressortir dans le canal utérin. Une figure indique les parties que les sutures mettent respectivement en contact.

Cette opération qui a pour effet le redressement de l'utérus ne convient toutefois pas aux cas où le vagin est très lâche ou l'utérus peu mobile. Elle a sur l'opération d'Alexander et d'Adams (raccourcissement des ligaments ronds) l'avantage de permettre de faire disparaître en même temps les troubles morbides compliquant la rétroflexion, tels qu'allongement, érosions, déchirure du col. J. B.

Retroflexio Uteri, par VEDELER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 2).

Sur 313 femmes, chez lesquelles l'auteur a constaté la rétroflexion à Christiania, il y avait 25 jeunes filles, 34 nullipares, 213 femmes ayant eu des enfants. D'après sa statistique, la proportion de la rétroflexion est 3 0/0 chez la jeune fille et chez la nullipare, et de 12 0/0 dans le 3e cas.

L'auteur distingue 4 formes : 1° La courbure arrondie, siégeant au niveau de l'insertion vaginale ou un peu plus haut, avec portion vaginale peu déviée;

2° La courbure angulaire, avec déviation du col en avant : la rétroversion est très apparente : la réduction s'opère facilement, par suite de la mollesse de l'utérus;

3° On trouve tantôt l'utérus en rétroflexion, tantôt en antéflexion ; la déviation se modifie spontanément à quelques jours d'intervalle.

Ces 3 formes se retrouvent aussi bien chez la jeune fille que chez la nullipare. Chez la femme qui a eu des enfants, on trouve en outre une quatrième forme : la courbure non réductible.

L'auteur admet que la rétroflexion est dans certains cas congénitale et qu'elle peut se développer à toutes les périodes de la vie de la femme. Elle peut varier chez le même sujet et même se transformer en la déviation contraire. 40 fois sur 100 elle n'est accompagnée d'aucun symptôme morbide.

A toutes les périodes de la vie de la femme, la rétroflexion peut exister sans provoquer aucun symptôme ; toutes les formes de rétroflexion peuvent exister sans provoquer de malaises ; on peut produire une rétroflexion artificielle sans que la femme éprouve aucun malaise. La rétroflexion disparaît souvent, sans que les malaises nerveux, que l'on est porté à lui rattacher, disparaissent. La rétroflexion peut se transformer chez la même personne en une autre déviation, sans que les malaises se modifient. On peut trouver les malaises qu'on attribue à la rétroflexion avec un utérus normal. En résumé, d'après l'auteur, la rétroflexion ne présente aucun intérêt au point de vue anatomo-pathologique ; elle n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie physiologique.

H. DE BRINON.

Hæmatocele, the result of malignant disease, par PLAYFAIR (*Transactions of the obstetrical society of London, vol. XXVI*).

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans. En avril 1883, l'auteur enlève une volumineuse tumeur ovarienne de nature dermoïde : l'ovaire gauche paraît sain et est abandonné. Santé parfaite jusqu'au mois de novembre. A cette époque, les règles se montrent pour la première fois, et quelques jours après la malade entre à Kings College hospital avec une vaste hématocèle de l'espace de Douglas. Évacuation par une incision vaginale; la malade meurt quelques jours après. La cavité péritonéale est criblée de nodules de tissu cancéreux. Le foie contient un grand nombre de nodules de même nature. Une tumeur, du volume d'une noix de coco, occupe le bassin : elle présente une perforation à la partie supérieure; la paroi interne de cette tumeur présente de nombreux nodules cancereux. On ne dit pas que l'examen microscopique ait été fait. H. DE BRINON.

Complete cure of inversion of the uterus, par ARBRUCKLE (*The Lancet*, 26 *déc.* 1885).

Femme de 24 ans, atteinte, depuis 18 mois, d'une inversion complète de l'utérus, consécutive à l'extraction violente du placenta par un médecin ignorant, qui ne sut ni reconnaître ni traiter l'accident que sa maladresse avait causé. Consécutivement, involution imparfaite de l'organe déplacé, douleur, leucorrhée continuelle, métrorragies qui réduisent la malade à l'extrémité. L'auteur, appelé en consultation, trouve l'utérus inversé, du volume du poing, remplissant le vagin. Après d'inutiles tentatives de taxis, il a recours au débridement du col, selon le procédé de Barnes, et pratique trois incisions longitudinales profondes, qui ne déterminent pas d'hémorragie. Il parvient alors à opérer la réduction, et la malade, aussitôt soulagée de tous ses maux, est sur pied en moins de quinze jours. Elle a eu, depuis cette époque, quatre enfants sans difficulté. H. B.

Cas de déviation de la menstruation, par BUMAN et par REMY (*Revue médic. Suisse romande, VI*, 232, *avril* 1886).

1° Cas de *Buman*. — Femme atteinte d'un anthrax au bas-ventre. Les parties mortifiées éliminées, les règles que la malade attendait ne parurent point, mais il y eut à leur place pendant 3 jours une hémorragie assez abondante par l'anthrax.

2° Cas de *Remy*. — Femme de 38 ans ayant à chaque époque menstruelle des épistaxis. Remy fut appelé à la soigner pour une tumeur apparue subitement sur l'un des côtes du cou, au niveau du corps thyroïde. L'apparition de cette tumeur coïncidait avec celle des règles qui cette fois ne furent pas accompagnées d'épistaxis. Evidemment il s'était fait dans un des lobes du corps thyroïde une hémorragie spontanée qui guérit d'elle-même. J. B.

Imperforate hymen with retention of the menstrual flux, par W.-H. BAKER (*Boston med. jour., p.* 290, 1[er] *avril* 1886).

Femme de 21 ans, qui, depuis l'âge de 14 ans, a éprouvé les symptômes de la menstruation, sauf l'écoulement sanguin. On constate l'imperforation de l'hymen, une tumeur fluctuante comblant le bassin; on ne put établir l'évidence d'une distension de l'utérus ou des trompes. — Incision de l'hymen : on retire 40 onces de liquide épais et couleur chocolat; l'utérus et les trompes furent trouvés sains. On comble le vagin de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les deux jours. Deux semaines après, la malade était guérie. Quelque temps après, une menstruation, et immédiatement grossesse. MAUBRAC.

Seven cases, etc. (Sept cas de sténose ou atrésie congénitale du canal génital de la femme), par James R. **CHADWICK** (*Boston med. journ.* 3 *juin* 1886, *p.* 505).

1° Hymen presque imperforé.

2° Hymen imperforé. — Fille de 16 ans, souffre du ventre depuis deux ans; l'abdomen a augmenté de volume, et chaque mois est, durant trois jours, assez douloureux. — Tumeur fluctuante qui s'élève jusqu'à l'ombilic; à la vulve, tumeur saillante formée par l'hymen imperforé et distendu. — L'hymen est perforé à l'aide d'un trocart, une grande quantité de liquide gélatieux brun s'écoule : lavage de la cavité au permanganate de potasse; durant les huit jours qui suivirent on fit des lavages, puis l'hymen fut largement incisé. Le vagin était très distendu, ses parois épaissies; l'utérus, de volume normal, n'avait pas été déformé par le liquide. Guérison.

3° Sténose vaginale par une cloison transversale perforée, très peu épaisse : section de cette cloison. Guérison.

4° Vagin normal, se terminant en sac : l'utérus existe, sans qu'il y ait ouverture dans le vagin : pas de retention de sang menstruel (Farlow, dans la discussion, cite un cas identique).

5° Vagin constitué par un canal étroit. Ouverture d'un abcès abdominal par le vagin; fistule gastro-vaginale.

L., régulièrement réglée de 12 à 14 ans; à ce moment, inflammation d'intestin pour laquelle elle garde le lit 7 mois. A 16 ans, mariage. — Deux mois après, 1er octobre 1880, la patiente se plaignait de faiblesse, de perversion de l'appétit; il y avait de la fièvre, et pouls fréquent. On trouve une tumeur qui s'étend depuis les fausses côtes jusqu'à égale distance entre l'ombilic et le pubis : il y a plusieurs évacuations de pus par l'anus. Le vagin se termine à 3/4 de pouce en arrière de l'hymen. — Le 27 décembre, on recherche la communication du vagin avec l'utérus, et on trouve un canal étroit qui jusqu'à l'utérus admet un fil de métal long de 3 pouces 1/4 : on dilate ce canal, jusqu'à ce que son diamètre soit d'un pouce : l'orifice utérin est normal; au bout de cinq semaines, on peut enlever les tampons; — Le vagin avait un calibre suffisant.

Pendant décembre et janvier, la malade avait eu plusieurs évacuations de pus par l'anus, et, quand le vagin artificiel fut fait, Chadwick ponctionna l'abcès à travers la paroi abdominale et retira une quantité énorme de pus. L'abcès se reforma et on fit à travers le sommet du vagin artificiel, en arrière de l'utérus, une ponction; à l'aide de la canule maintenue en place on fit des lavages, et la communication avec l'intestin s'oblitéra; la canule fut enlevée au bout de 8 jours, et l'abcès s'étant reformé on put ponctionner de nouveau. Le 5 février, ponction vaginale, qui vide l'abcès presque complètement; une 2e ponction est pratiquée dans la même séance pour mettre et laisser en place une canule; on dut en raison de la profondeur de la poche de l'abcès comprimer l'abdomen en même temps qu'on poussait le trocart pour la 2e fois par le vagin. — Le lendemain, de la canule s'écoulait un liquide qui était manifestement le contenu stomacal, fistule gastro-vaginale. Après quelques accidents, la malade put sortir de l'hôpital, et mourut en octobre du mal de Bright.

6° Absence du vagin, de l'utérus et probablement des ovaires.

7° Absence du vagin, probablement des ovaires : vestige d'un utérus.

Enfin une fistule uretro-vaginale, à la suite d'une application de forceps, avec rétrécissement cicatriciel du vagin.

MAUBRAC.

Ueber Tastung der Harnleiter beim Weibe (De la palpation de l'uretère chez la femme), par M. SÄNGER (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXVIII*, *Heft* 1).

Pawlick a fait connaître son procédé pour sonder l'uretère chez la femme (*R. S. M.*, XXI, p. 618). La sonde une fois introduite dans l'uretère, il est facile de sentir le canal par le vagin ; mais la possibilité de le sentir sans employer la sonde n'avait été indiquée jusqu'ici que par Hegar (1er fascicule de la *Gynécologie opératoire*). L'auteur se propose de montrer ici par de nombreux exemples que l'on peut découvrir l'uretère par le toucher vaginal, non seulement lorsqu'il est malade et épaissi comme dans le cas d'Hegar, mais aussi lorsqu'il est à l'état normal. Pour y arriver, on suit avec la pulpe du doigt la saillie de l'urètre jusqu'à son orifice vésical : c'est dans l'espace d'environ 2cm,5, qui sépare cet orifice du sommet du cul-de-sac antérieur du vagin que l'on doit chercher l'orifice de l'uretère. L'uretère droit se sent plus facilement avec la main droite et l'uretère gauche avec la main gauche. La partie de l'uretère que l'on peut sentir s'étend depuis la base du ligament large jusqu'à l'orifice vésical de l'uretère et mesure environ 6 à 7 centimètres : elle peut atteindre 10 centimètres pendant la grossesse. Dans un grand nombre de cas, l'auteur n'a réussi à sentir qu'un uretère et le plus souvent celui du côté droit.

Les observations de l'auteur sont au nombre de 23, savoir :

6 cas d'affections des voies urinaires : deux fois seulement les deux uretères sont sentis : dans les quatre autres cas, on ne sent que l'uretère droit;

8 femmes grosses : deux fois seulement, on ne peut arriver à sentir que l'uretère droit. Dans les autres cas, les deux uretères se reconnaissent facilement ;

2 accouchées au 10e jour : l'auteur n'a pu sentir les uretères ;

7 cas d'affections des organes génitaux sans lésions de l'appareil urinaire ;

Les deux uretères sont reconnus quatre fois. Trois fois le droit seul est reconnu, le gauche se trouvant englobé dans un exsudat paramétrique.

H. DE BRINON.

I. — **Einige Fälle von Geschwülsten des aüsseren Geschlechtstheile** (Tumeurs des organes génitaux externes), par L. FÜRST (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXVII*, *Heft* 1).

II. — **Nouvelle variété de kyste de la grande lèvre**, par LAGRANGE (*Soc. de méd. de Bordeaux*, *mai* 1886).

III. — **Ein sechs Pfund schweres Cystofibroid** (Cystofibrome de la grande lèvre pesant six livres. Grossesse), par ZIELEWICZ (*Deustche med. Woch.*, *n°* 24, *p.* 409, 1886).

I. — 1° Polype fibreux de la grande lèvre droite. La malade était âgée de 40 ans ; la tumeur avait débuté 12 ans auparavant, coïncidant avec la première grossesse ; elle était restée 10 ans stationnaire, et depuis 2 ans avait pris un rapide développement ; elle mesurait 14 centimètres de longueur, dont 8 centimètres pour le pédicule, et 13 centimètres de circonférence maximum.

2° Sarcome à cellules fusiformes de la petite lèvre gauche. La malade était âgée de 38 ans ; le début de la tumeur remontait à 6 ans, et sa première ap-

parition avait eu lieu dans le pli de l'aine; ce qui pouvait faire penser à une tumeur myomateuse du ligament rond; mais le petit volume des cellules et la brièveté des noyaux s'accordent mieux avec l'hypothèse d'un sarcome; en tout cas, il s'agit d'une tumeur assez rare.

Les deux tumeurs, enlevées avec le bistouri, ont guéri par première intention.

3° Kyste de la paroi vaginale postérieure faisant saillie à travers la vulve. Le développement de cette tumeur avait duré 5 ans; quatre accouchements avaient eu lieu dans cet intervalle. Le kyste contenait un liquide très filant de couleur olivâtre; l'examen de ce liquide montre la présence de mucus, de détritus, de noyaux nombreux et de gouttelettes graisseuses : il n'y avait pas de cristaux. La paroi était formée d'une couche connective vasculaire et d'épithélium pavimenteux stratifié. L'enveloppe même du kyste était de nature épidermoïdale, formée d'épithélium pavimenteux stratifié et, par place, d'épithélium cylindrique à une seule couche. Le kyste se rompit pendant que l'auteur cherchait à l'énucléer. La guérison eut lieu sans accidents.

H. DE BRINON.

II. — Les kystes de la grande lèvre, d'après les auteurs classiques, se développent, soit dans la glande vulvo-vaginale (kystes progènes), soit dans le tissu conjonctif lâche de la région (kystes néogènes).

Lagrange a observé un kyste dermoïde, congénital, sur une jeune femme de 26 ans. Après l'avoir extirpé, il en a fait l'examen histologique qui lui a révélé l'existence : 1° de cellules épithéliales épidermiques; 2° d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

L'existence des cellules épidermiques montre évidemment qu'il s'agit d'une invagination du feuillet externe dans le feuillet moyen, selon le processus ordinaire des kystes dermoïdes. Les cellules à cils vibratiles ne peuvent être expliquées que par une invagination des éléments épithéliaux, qui tapissent le canal de Müller.

L'auteur conclut à l'existence d'un kyste congénital, développé aux dépens du feuillet cutané et de l'extrémité inférieure du canal de Müller.

MAUBRAC.

III. — Il y a deux variétés de fibromes des grandes lèvres : les fibromes développés aux dépens du tissu conjonctif des lèvres mêmes; les fibromes venant du périoste des os du bassin ou des aponévroses pelviennes, tumeurs plus largement implantées, rarement pédiculées, enserrant le rectum ou l'urètre, plus difficiles à extirper que celles de la première catégorie.

Il s'agit ici d'un cystofibrome ayant 59 centimètres de diamètre, développé dans la grande lèvre gauche d'une femme de 31 ans, enceinte de huit mois. On se dispose à l'opérer pour permettre l'accouchement, mais l'avortement se produit. Après guérison, l'opération est effectuée. La tumeur est détachée sans grande difficulté des aponévroses et de la symphyse pubienne; mais ses adhérences avec le rectum sont si intimes, qu'en les détruisant, le chirurgien fait à l'organe une plaie de 2 centimètres.

Sutures, pansement à l'iodoforme et au sublimé.

La tumeur pèse 2,965 grammes. Guérison.

Départ au bout de deux mois. L. GALLIARD.

I. — A case of hysterectomy... (Hystérectomie pour des hémorragies que n'avait pas arrêté l'ablation des trompes et des ovaires), par Lawson TAIT (*Brit. med. journ., p.* 645, *octobre* 1885).

II. — Hystérie. Névralgie des deux ovaires. Congestion avec hémorragies abon-

dantes de l'utérus. Cachexie. Ablation des deux trompes et des deux ovaires. Guérison, par TERRILLON (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir., t. XII, p.* 509-512).

III. — Ovarite chronique datant de 4 ans, très douloureuse. Castration double. Guérison, par POZZI (*Ibidem, p.* 618).

IV. — Névralgie utéro-ovarienne avec irradiations douloureuses dans le bassin. Ablation des deux ovaires et des deux trompes. Guérison, par TERRILLON (*Ibidem, XII, p.* 667-672).

V. — Eigenthümlicher Fall von Hysterie, durch Castration geheilt, par WIDMER et E. HAFFTER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte,* 1 *et* 15 *mai et* 1 *juin* 1886).

VI. — Beitrag zur Frage der Verwendung des Sublimat bei Laparotomien (Contribution à l'étude de l'emploi du sublimé dans les laparotomies), par Otto SCHMIDT (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 15, 1886).

VII. — Notes on two cases of pelvic hœmorrhage after abdominal section, par John TAYLOR (*The Lancet,* 26 *décembre* 1885).

I. — Femme de 40 ans, entrée à l'hôpital pour un volumineux myome qui donnait lieu à des hémorragies incessantes. Tait se décide à enlever les annexes de l'utérus dans le but d'atrophier la tumeur et de supprimer les métrorragies; l'opération est faite le 4 janvier 1882. L'ovaire et la trompe gauche sont facilement excisées, mais, malgré la largeur de l'incision, l'ovaire droit ne peut être découvert. La malade guérit, mais continue à souffrir de ses pertes. En mars 1884, elle vient de nouveau se faire opérer : la tumeur s'était considérablement accrue. Une nouvelle laparotomie est faite le 25 mars, mais les adhérences sont telles et l'hémorragie si considérable, que Tait renonce à extirper la tumeur, la plaie abdominale est suturée, et la malade renvoyée chez elle au bout de trois semaines, destinée, en apparence, à une mort prochaine.

Cependant, le mois d'août suivant, la malade vivait encore; mais la tumeur avait grossi au point de remplir la cavité abdominale et de gêner la respiration. Sur les instances de la malade, Tait tenta une troisième opération, et, le 5 septembre, reussit à enlever une tumeur pesant 40 livres : c'était un myome œdémateux fixé sur la paroi antérieure de l'utérus. Le pédicule était large, mais fut aisément fixé sur le clamp. L'opérée eut une guérison rapide et régulière.

L'examen de la tumeur fit voir que les annexes du côté droit étaient absents, par suite d'une malformation congénitale, mais que la trompe de Fallope avait été insuffisamment enlevée dans les premières opérations. C'est à cette particularité que Tait rattache la continuation du développement du myome. C'est le seul cas dans lequel il ait vu la tumeur ne pas s'atrophier après l'ablation des ovaires. H. R.

II. — Femme de 49 ans, mariée à 24 ans; quatre grossesses. Variole à 25 ans, après laquelle apparaissent de grandes attaques d'hystérie., des douleurs très vives et des pertes utérines abondantes. Cet état se prolonge jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, en s'aggravant; on la trouve dans un état général grave. Après une amélioration passagère par le traitement médical, survient une nouvelle rechute avec hémorragie très abondante.

Terrillon pratique la castration le 1er mai. La recherche et la ligature des ovaires ne présente aucune difficulté. Guérison de l'opération sans incident.

Toutes les douleurs ont disparu depuis l'opération qui date de près de deux mois, ainsi que les pertes; la malade se considère comme ressuscitée.

III. — Femme de 29 ans. Aucun antécédent de nervosisme. Depuis un accouchement très pénible, il y a 4 ans, douleurs abdominales très vives à la moindre fatigue. Depuis 20 mois, douleurs plus vives et hémorragies utérines, la tenant au lit presque constamment. État général assez bon. Aucune amélioration par les traitements médicaux. Douleur vive dans la région des ovaires à la palpation. Pozzi diagnostique une périovarite chronique, suite de pelvipéritonite puerpérale limitée. Après trois mois d'observation, Pozzi pratique la castration. Les deux ovaires sont très adhérents, le gauche contient trois petits kystes sanguins gros comme des pois ; l'examen histologique n'y révèle pas d'autre altération. Suites très simples.

Toutes les douleurs ont disparu depuis l'opération ; la malade présente seulement aux époques menstruelles un état congestif avec tendance au sommeil, sans le moindre écoulement sanguin. L'opération date de cinq mois. La malade est présentée à la Société. MAURICE HACHE.

IV. — Mme X..., 46 ans, mariée depuis 18 ans, sans enfants. Règles toujours douloureuses. Vers 36 ans, douleurs vives dans le bas-ventre avec spasme et attaques nerveuses légères. Ablation du col de l'utérus en 1883, sans résultat. Retentissement sérieux sur l'état général. Extension des douleurs à la vessie et au rectum. Dilatation du col vésical et de l'anus. Pointes de feu sur le col utérin, sans résultat durable. Échec du traitement médical.

Douleurs surtout localisées dans l'utérus et les ovaires. Hystérie manifeste.

Opération le 6 juin. Guérison. MAURICE HACHE.

V. — Fille de 23 ans, ayant des aliénés parmi ses ascendants paternels et maternels ; elle-même sort d'un asile où elle est restée durant un an, avec un délire mélancolique. Sa maladie date d'une tentative de viol dont elle a été l'objet durant une période menstruelle. Depuis lors, il y a eu aménorrhée complète pendant vingt mois. Au bout de ce temps, les règles sont revenues, mais accompagnées de phénomènes douloureux.

Cette femme présente de la toux hystérique avec aboiements. Widmer a essayé tour à tour, sans succès, les antispasmodiques, les toniques, l'hydrothérapie, l'électricité, les pelotes pour comprimer l'ovaire, la discission du col, etc.

Dès qu'on cessait la pression sur l'ovaire ou que le sommeil chloroformique devenait moins profond, la toux recommençait. Elle cessait spontanément pendant les périodes délirantes que la malade a présentées plusieurs fois.

Sur la demande pressante de cette femme, Haffter se décide à pratiquer la castration.

Les ovaires, sains à l'œil nu, furent facilement extirpés ; le droit était un peu plus volumineux et plus injecté que le gauche. Une ligature provisoire ayant glissé, il y eut du sang épanché dans l'abdomen. Au lieu de froncer le pédicule, au moyen de ligatures en masse, Haffter a lié un à un les vaisseaux sectionnés et suturé chaque fois le péritoine par-dessus, de sorte que les moignons ovariens aient un revêtement continu de séreuse. — Réunion du péritoine et des diverses couches de la paroi abdominale avec du catgut ; sutures avec le fil de Florence pour les téguments.

Apyrexie complète, malgré un accident dû aux imprudences et à l'insubordination de l'opérée, mais favorisé par l'ablation prématurée, le 8e jour, des sutures de fil de Florence. Le même soir, la malade prend elle-même le bassin qui était sous son lit. La partie abdominale déjà réunie se rompt au milieu d'une vive douleur et la plus grande partie de l'intestin grêle sort ainsi que l'épiploon. Haffter ne s'en aperçut qu'au bout de 24 heures : car, la veille trouvant le pouls et la température à l'état normal, le pansement intact, il n'avait pas ajouté foi au récit de la malade. Après immersion dans l'eau chaude et nettoyage, il réunit l'intestin et refait, profondément, une suture

étagée au catgut, et une suture cutanée au fil, qui se réunissent encore par première intention sans la moindre fièvre.

Immédiatement après l'opération, la sensibilité de la région ovarienne et l'espèce de toux qui persistaient depuis des années ont disparu et la guérison persiste depuis 18 mois. La femme, qui était le plus souvent alitée, travaille maintenant du matin au soir à la machine à coudre. Les règles n'ont pas reparu, mais il y a par moments des bouffées congestives vers la tête. L'utérus s'atrophie. Seule la constipation reste aussi opiniâtre qu'auparavant. J. B.

VI. — Le 3 novembre 1885, Schmidt enlève un ovaire qui paraissait être la cause de périmétrites répétées. Le liquide employé était une solution de sublimé au 1/5000. L'opération fut assez longue et difficile, l'ovaire était enveloppé d'une épaisse couche de fausses membranes : vers la fin de l'opération, on s'aperçoit qu'il manque une éponge ; on la cherche en vain dans l'abdomen avec la main. Pensant qu'elle a pu être jetée dehors, on referme l'abdomen. Les suites de l'opération sont complètement apyrétiques; la température ne dépasse pas 37°5. La malade sort cinq semaines après l'opération, et revient vers le milieu de janvier, deux mois et demi plus tard, se plaignant de perdre beaucoup de pus par la cicatrice; on élargit le trajet fistuleux et on retrouve l'éponge perdue, absolument sans odeur, gisant dans une large cavité à parois lisses. Convalescence rapide. L'auteur cite ce fait à l'appui de la valeur incontestable du sublimé comme antiseptique. H. DE BRINON.

VII. — Ces deux cas sont intéressants au point de vue de l'histoire des accidents de laparotomie. Le premier est relatif à une malade à qui Lawson Tait avait enlevé les ovaires et les trompes ; le pédicule de chaque côté avait été lié à la manière habituelle et l'abdomen complètement fermé. Dix heures plus tard, l'auteur appelé en hâte trouve la malade exsangue et dans un état presque syncopal; pouls défaillant à 136; extrémités froides. Il défait les sutures, rouvre l'abdomen, trouve la cavité pelvienne pleine de sang, une petite partie d'un des ligaments larges avait échappé à la ligature ; on le saisit avec une pince et on le lie à nouveau ; l'hémorragie continuant en nappe par un point situé très profondément en arrière de l'utérus, on presse dans la cavité de Douglas une éponge imbibée de solution faible de perchlorure de fer; le sang cesse de couler, Taylor referme l'abdomen en laissant un drain volumineux. Pas de récidive de l'hémorragie ; guérison sans accident.

Dans le second cas, les annexes de l'utérus du côté droit avaient été enlevées par Savage. Quelques heures après, on trouve la malade presque inanimée, le lit traversé par le sang qui s'était fait jour par le tube à drainage. Taylor, qui avait assisté à l'opération, savait qu'on n'avait pas pu distinguer nettement l'ovaire et la trompe gauche, et que ce point avait été, durant l'opération, le siège d'une hémorragie difficile à maîtriser. Il rouvre le ventre, trouve la ligature du pédicule droit en place; comme il s'y attendait, le sang partait du ligament large gauche. Dans l'impossibilité d'y appliquer une ligature, il éponge la cavité avec une éponge imbibée de solution de perchlorure de fer, prend ensuite une tablette du même perchlorure et la maintient quelques instants en contact avec le point saignant. L'hémorragie cesse presque complètement ; on referme le ventre et la malade guérit. H. B.

I. — Ueber die Ausschaltung todter Räume aus der Peritonealhöhle (De la suppression des angles morts de la cavité peritonéale), par **MIKULICZ** (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 21, *p.* 352, 24 *mai* 1886).

II. — Tumeur fibreuse de l'utérus. Laparotomie. Blessure de la vessie, etc., par **J. BŒCKEL** (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *novembre* 1885).

III. — Ueber Kastration bei kavernösen Myofibromen des Uterus (De la cas-

tration dans le traitement des fibromes caverneux de l'utérus), par E. GOLDENBERG (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 17, 1886).

IV. — Ein komplicirtes Hœmatom, par Ritter von JOSCH (*Wien. med. Presse*, n° 14, 1885).

I. — Malgré l'antisepsie la plus rigoureuse et le drainage, les ablations de tumeurs abdominales entraînent encore très souvent la septicémie grâce à la présence de culs-de-sac, d'anfractuosités restant dans la cavité péritonéale. C'est ainsi que sur 100 myomotomies, Schroeder a eu 32 décès dont 22 par septicémie; sur 28 énucléations de myomes sous-séreux, le chiffre des morts s'est même élevé à 15.

Pour éviter l'infection de la plaie opératoire, Mikulicz a recours au procédé suivant qui lui a déjà réussi dans 2 myomotomies et 2 opérations sur l'ovaire. Un morceau de gaze iodoformée, de la grandeur d'un mouchoir de poche et au milieu duquel est cousu un gros fil de soie aseptique, est d'abord plongé dans de l'eau phéniquée à 5 0/0, puis replié sur lui-même comme une blague à tabac par le collet de laquelle sortirait le fil. Ce sac est placé dans la cavité pelvienne et entouré de bourdonnets de gaze iodoformée jusqu'à ce que toute la cavité opératoire soit comblée.

Les avantages de cette manière de faire sont : 1° une hémostase parfaite; 2° un drainage excellent; 3° une antisepsie certaine; 4° la production d'une péritonite adhésive qui isole la cavité opératoire du reste de la cavité péritonéale.

Au bout de 48 heures, on retire les bourdonnets de gaze; au bout de 5 jours, on extrait le sac en tirant sur son fil et dès lors la cavité opératoire, considérablement rétrécie et parfaitement isolée, est drainée comme d'ordinaire. J. B.

II. — Fille de 45 ans. Fibrome interstitiel développé probablement dans la partie postérieure de l'utérus. Dans le courant de l'année 1874, péritonite et plusieurs hémorragies très abondantes, qui plongent la malade dans un état d'amaigrissement et d'anémie extrêmes. Le 27 octobre 1884, l'auteur tente l'extirpation des ovaires. L'incision abdominale faite, la tumeur fibreuse est fixée de toutes parts au péritoine pariétal par des adhérences très serrées : aussi, pour la dégager, est-on obligé de fendre des enveloppes très épaisses, et en prolongeant par en bas l'une de ces incisions, la vessie, ouverte sur une étendue de 4 centimètres, laisse échapper un flot d'urine; on y applique immédiatement une série de neuf points de suture entrecoupés, en ayant soin de renverser les bords de la plaie, de manière à adosser les surfaces péritonéales.

Quelques nouvelles tentatives sont faites pour dégager la tumeur et faire saillir les annexes de l'utérus. Mais c'est en vain; l'opération reste inachevée et la paroi abdominale est réunie par une suture entrecoupée. Pansement à la gaze iodoformée. Sauf un catarrhe vésical de quelques jours, aucun accident ne survient. Un an après l'opération, on constate que la tumeur est moins volumineuse, que les hémorragies n'ont pas reparu, et que la santé s'est rétablie au point de permettre à la malade de reprendre ses occupations antérieures. OZENNE.

III. — Il s'agissait d'un fibrome caverneux, qui avait entraîné la malade (45 ans) dans un état d'anémie extrême : tous les traitements médicaux avaient échoué : dans le choix de l'opération (myomotomie ou castration), la préférence fut donnée à cette dernière en raison de l'état de faiblesse extrême de la malade. La tumeur présentait avant l'opération le volume d'une tête d'a-

dulte; la cavité utérine mesurait 15, 5, la circonférence maximum de l'abdomen (3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic) atteignait 84 centimètres. L'opération fut pratiquée le 20 janvier 1885 par A.-J. Lebedeff à Saint-Pétersbourg.

Les 3 premières époques menstruelles se manifestèrent par une légère perte de sang, puis la ménopause s'établit complète et le 9 janvier 1886 la malade était présentée à la réunion de la Société de médecine de Saint-Pétersbourg et l'on constatait la disparition complète de la tumeur; l'utérus mesure 9 à 9, 5. H. DE BRINON.

IV. — Une femme de 37 ans, enceinte pour la septième fois, accouche spontanément d'un enfant vivant; au bout de dix minutes, le placenta est expulsé; la sage-femme a constaté dès le début à la vulve une tumeur qui augmente progressivement de volume. Au bout de 21 heures, elle fait venir le médecin : celui-ci déclare que la tumeur, grosse comme une tête d'enfant, tendue, voilacée, fluctuante sur certains points, est un hématome de la grande lèvre du côté droit. Quatre jours après sa première visite, l'auteur trouve la tumeur froide, dure et noirâtre, sans changement de volume. Il l'incise et, après l'écoulement de 100 grammes de sang noir, il tombe sur une masse énucléable qu'il extirpe. Pansement antiseptique, guérison.

Or, cette masse est un fibromyome volumineux. Comme elle n'est apparue à la vulve que pendant le travail, il faut admettre qu'elle provient du col de l'utérus, a décollé le tissu cellulaire périvaginal et a été chassée à la vulve par les contractions utérines et la pression de la tête. L. GALLIARD.

OBSTÉTRIQUE.

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par ROBERT et FANCOURT BARNES, traduction et annotations par CORDÈS (In-8°, *Paris*, 1886).

La pratique étendue, l'autorité incontestable, les nombreux travaux de Robert Barnes donnent à son traité, qu'il a rédigé avec la collaboration de son fils, Fancourt Barnes, un intérêt tout particulier.

Dans leur préface, les auteurs assignent comme but à leur livre « l'occasion de revendiquer bon nombre d'idées dont la priorité a été attribuée à des emprunteurs plus ou moins consciencieux. » Cette préoccupation donne à l'ouvrage un caractère très particulier d'originalité, mais aussi de revendication, et présente l'inconvénient de ne pas être toujours au courant de la littérature, et en particulier de la littérature étrangère. Réclamer, c'est bien; mais l'auteur n'est-il pas un peu disposé à s'attribuer, dans l'étude des diverses questions qu'il a étudiées, un rôle prépondérant, et de ne pas vouloir reconnaître les découvertes faites par les autres.

Nous nous bornerons, pour indiquer le plan suivi par les auteurs, à énumérer les différentes têtes de chapitre : 1° anatomie des organes génitaux; 2° processus de la gestation, de l'accouchement et de l'allaitement; 3° signes et diagnostic de la grossesse, états qui simulent la grossesse, sa durée, soins à la femme enceinte; 4° grossesse anormale;

5° déplacement de l'utérus gravide ; 6° maladies de la grossesse ; 7° avortement ; 8° maladies de l'embryon ; 9° maladies du placenta ; 10° travail ; 11° état puerpéral et histoire naturelle des suites de couches ; 12° le nouveau-né ; 13° facteurs du travail ; 14° et 15° accidents du travail et ses suites ; 16° mort subite ou rapide pendant la grossesse, le travail, l'état puerpéral ; 17° accidents de l'allaitement ; 18° fièvres puerpérales ; 19° arsenal obstétrical ; 20° dystocie ; 21° forceps ; 22° version ; 23° embryotomie ; 24° opération césarienne ; 25° accouchement prématuré artificiel.

Cette simple énumération nous permet de reconnaître que la succession des chapitres n'est pas absolument rationnelle et n'est pas analogue à celle ordinairement adoptée dans nos traités didactiques. L'ouvrage est d'ailleurs étendu, car il comprend plus de 1,000 pages, et nous ne reprocherons pas au traducteur d'avoir supprimé tout ce qui concerne l'embryologie ; les auteurs n'avaient pas, à ce sujet, de compétence spéciale, et ce chapitre ne devait, par conséquent, nous présenter aucun horizon nouveau.

Des parties de l'ouvrage ont été l'objet de toute l'attention des auteurs. Nous citerons, en particulier, les chapitres concernant l'albuminurie et l'éclampsie puerpérales, les maladies de l'embryon et du placenta, les fièvres puerpérales, l'insertion vicieuse du placenta, etc.

Les lésions du placenta y sont surtout décrites d'une façon magistrale beaucoup mieux que dans la plupart des ouvrages que nous avons entre les mains. On y trouvera le résultat d'une observation personnelle étendue plutôt au point de vue macroscopique que microscopique. R. Barnes insiste, en particulier, sur la dégénérescence graisseuse, qui a été l'objet de ses propres investigations. Les hémorragies du placenta, leur origine maternelle ou fœtale, leurs rapports avec la dégénérescence graisseuse, l'origine des exsudats fibrineux lamelleux de la surface fœtale du placenta y sont étudiées avec un soin tout particulier. Mais, malgré ces recherches consciencieuses, les auteurs n'ont fait qu'élucider quelques parties de ce problème difficile, et bien des points restent encore obscurs dans cette anatomie pathologique, et, par conséquent, dans la physiologie et dans la pathologie fœtale.

Les fièvres puerpérales sont aussi l'objet d'une étude minutieuse ; mais nous ne saurions souscrire aux opinions qui sont exprimées à cet égard. Les recherches microbiennes ont bouleversé tout ce que nous connaissions à cet égard, et il faut admettre une conception plus moderne.

Au contraire, nous engageons le lecteur à donner la plus grande attention à tout ce qui concerne l'insertion vicieuse du placenta. Les règles posées par les auteurs sont d'une prudence et d'une sagesse qu'on ne saurait trop reconnaître dans le traitement d'une complication aussi grave, et ne sont pas empreintes de l'exclusivisme que beaucoup d'auteurs ont attribué aux procédés défendus par Robert Barnes.

R. Barnes, on le sait, a proposé l'emploi de ballons hydrostatiques pour dilater le col utérin, arrêter les hémorragies. Ici nous ne saurions admettre l'étendue des indications admises par les auteurs. L'emploi des ballons est un bon moyen de provoquer le travail, mais insuffisant pour dilater le col de l'utérus, et infidèle comme moyen hémostatique.

L'auteur a encore proposé un moyen de sectionner la tête fœtale. Mais

nous ne voyons pas que ce moyen de céphalotomie ait fait ses preuves et ait jamais été pratiqué.

Bien d'autres points ont été abordés par Robert Barnes surtout, et nous pourrions encore nous étendre longuement sur cet important travail; mais cela nous est impossible dans une analyse sommaire.

Le caractère général de l'ouvrage est une recherche très légitime et très intéressante de lois générales pour expliquer les phénomènes physiologiques et pathologiques de la grossesse, de l'accouchement et des couches. Ces théories nous ont paru presque toujours trop hypothétiques. Il réside encore dans un effort très réel, malgré la tendance que je viens de signaler, à s'inspirer de la clinique, et, à propos des divers chapitres, les auteurs relatent de nombreuses observations tirées de leur propre pratique, qui sont souvent très instructives, toujours intéressantes.

La rédaction de l'ouvrage se caractérise encore par un style très spécial et auquel nous ne sommes pas habitués dans nos traités didactiques. Les auteurs ne reculent pas devant des expressions que nous trouverions hasardées, devant des figures qui nous semblent exagérées et qui n'apportent pas d'éclaircissements manifestes aux démonstrations. Cela n'a pas dû être une des moindres difficultés que le traducteur a rencontrées en traduisant cet ouvrage. Il a cru devoir souvent accepter des néologismes qui étonnent. Des chapitres ont été traités en double, probablement les uns par Robert, les autres par Fancourt Barnes. Heureusement qu'ils ne consacrent pas des données contradictoires. PORAK.

Eclampsie au septième mois de la grossesse chez une multipare. Guérison de la mère. Mort de l'enfant quarante-huit heures plus tard. Expulsion d'un œuf complet cinq semaines après la mort du fœtus, par BUDIN (*Progrès médical*, 11 *septembre* 1886).

Femme de 28 ans, enceinte pour la troisième fois, début probable de la grossesse au commencement de novembre. Elle entre le 7 mai à l'hôpital, avec de l'œdème des paupières et des jambes; ni vomissements ni dyspnée, pas d'urine dans la vessie. Le 8 au matin, on peut retirer une cuillerée d'urine épaisse qui se coagule en masse. Peu après, attaques d'éclampsie généralisée, qui se répètent six fois dans la journée; la température vaginale suit une marche ascendante : 37,2 à la première attaque, 8 heures du matin; 39, 2 à la 4e attaque, 3 heures du soir; 39, à la 6e et 7e à 6 et 9 heures et demie. On fait alors une saignée de 600 grammes. Une seule attaque vient à minuit et demi, le 9 mai, et peu intense; la température baisse à 38,8, 2 h. 1/2 du matin, à 37,8, 1 heure du soir. A 4 heures du soir, on peut retirer 90 grammes d'urine très albumineuse et 200 grammes à 7 heures. La malade a été agitée dans la journée, et dans un état quasi méningitique avec perte de connaissance jusqu'au 11; le matin, la malade urine en abondance (2 litres). Mais le 11 les battements du cœur fœtal cessent. Les phénomènes d'œdème diminuent; il se fait une poussée de lait le 18 mai.

L'albuminurie persiste jusqu'au 10 juin où la malade veut quitter l'hôpital; elle rentre le 15, ayant été prise l'avant-veille de douleurs; et rapidement elle expulse l'œuf complet sans hémorragie; l'œuf pèse 750 grammes; il est en forme de boudin; le fœtus est coloré en jaune vert, l'épiderme est mobile; il mesure 34 centimètres de long et pèse 520 grammes. Le placenta est discoïde, a 11 centimètres de diamètre, et est d'une dureté fibreuse.

La malade est toujours albuminurique (1 gramme d'albumine par litre; pas de fièvre, ni de montée de lait. H. L.

Ovulation during pregnancy (Ovulation pendant la grossesse), par W.-S. CHRISTOPHER (*The american journal of obstetrics, avril-mai* 1886).

Sur une chatte qui avait servi à des expériences de vivisection, et qui portait 4 fœtus bien développés, l'auteur trouva chacun des deux ovaires pourvus de deux saillies qu'il prit tout d'abord pour des corps jaunes de la grossesse : mais l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de follicules de Graaf; et il put obtenir une coupe contenant l'ovule. La maturité de ce follicule et de cet ovule étaient démontrés par le volume et la position du follicule, par l'absence de péritoine sur un point du follicule, par la dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires à ce niveau et dans le reste du follicule. L'auteur présente ce spécimen à la Société obstétricale de Cincinnati comme une preuve de la persistance de l'ovulation pendant la grossesse. Le fait de la maturation des follicules de Graaf pendant la grossesse a été observé par d'autres auteurs. S. L. Jepson l'a observé chez le chat. Dans l'espèce humaine, Slavjanski a constaté la maturation d'un follicule et la rupture récente d'un autre follicule pendant une grossesse tubaire; dix autres cas de follicules rupturés et encore non cicatrisés ont été observés par divers auteurs dans des cas de grossesse tubaire variant de 7 à 12 mois (Mayhofer).

H. DE BRINON.

Mittheilungen ueber den Puls und die vitale Lungencapacidät bei Schwangeren, Kreissenden, und Wöchnerinnen (Recherches sur les modifications que subissent le pouls et la capacité vitale sous l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral), par Pericles VEJAS (*Sammlung klinischer Vorträge, n°* 269, 9 *mars* 1886).

L'auteur publie le résultat d'une série d'expériences qu'il a faites à la maternité de Munich, sous la direction de Winckel. Les expériences sur le pouls ont été faites à l'aide de l'appareil de Sommerbrodt.

Les courbes recueillies par l'auteur tendent à établir que le pouls de la grossesse ne présente aucune particularité caractéristique, ni comme forme, ni comme fréquence. Parfois, on observe un léger dicrotisme. L'augmentation de la pression sanguine n'est pas la règle, mais seulement un fait exceptionnel.

Au moment de l'accouchement, l'auteur a constaté que l'intervalle des contractions était marquée par une augmentation notable de la tension artérielle. Le maximum de la tension artérielle coïncide avec l'acmé de la douleur. Dès que la douleur commence, la courbe augmente de hauteur, et manifeste un peu d'irrégularité au moment de l'acmé ; la courbe s'abaisse et chaque sommet présente un plateau ; lorsque la douleur diminue, la courbe augmente de nouveau de hauteur. Il a été impossible de prendre des courbes pendant les périodes d'expulsion, à cause de l'agitation des sujets. Le pouls se modifie d'une façon très sensible après l'accouchement : son caractère est la mollesse qui se manifeste par une grande élévation des lignes ascensionnelles. Pendant les douleurs de la délivrance, le tracé diminue

de nouveau en hauteur, et au moment de l'acmé, la ligne ascensionnelle est très courte, et la ligne de descente devient horizontale dans près de la moitié de son trajet. Le caractère de mollesse, que présente le pouls après l'accouchement et après la délivrance, est, comme on le sait depuis longtemps, associé à un ralentissement très notable. Ainsi le pouls tombe souvent à 50. L'auteur l'a vu tomber à 43 de 66 qu'il offrait pendant l'accouchement. L'augmentation de fréquence ne s'observe qu'exceptionnellement après une hémorragie profuse.

Pendant la période puerpérale, le pouls des primipares présente une tension moyenne ; celui des multipares est en général plus tendu et offre souvent de l'anacrotisme. La mollesse du pouls persiste plus ou moins longtemps chez les femmes qui ont eu de fortes hémorragies. S'il survient de la fièvre, on voit la tension diminuer immédiatement.

L'auteur a entrepris un certain nombre d'expériences, en vue d'établir s'il existait une relation entre le ralentissement du pouls consécutif à l'accouchement et les modifications de la capacité vitale. Il semble résulter de ces expériences qu'il existe en effet une relation causale entre le ralentissement du pouls et l'augmentation de la capacité vitale. (*R. S. M.*, XIX, 179.) H. DE BRINON.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par S. REMY (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

Les kystes ovariques n'influencent pas toujours la marche de la grossesse, ni ne sont influencés par elle. Cependant, dans quelques cas assez rares, ils peuvent s'accroître notablement, s'enflammer, suppurer, se rompre, être le siège d'une hémorragie ou d'une torsion de leur pédicule. Ces complications sont bien observées hors la grossesse, ils semblent cependant y être plus fréquentes. D'autre part, l'avortement, des phénomènes plus ou moins graves de compression peuvent être la conséquence du développement simultané du kyste et de l'utérus gravide.

Les tumeurs volumineuses de l'ovaire ne peuvent siéger que dans la cavité abdominale et y siéger en totalité, elles ne gênent donc pas sérieusement l'accouchement, elles sont surtout cause de troubles de la grossesse. Les tumeurs petites et surtout les kystes dermoïdes restent le plus souvent dans l'excavation pelvienne, elles ne modifient pas notablement le cours de la grossesse, mais elles peuvent devenir une cause plus ou moins grave de dystocie et quelquefois rendre même l'accouchement impossible.

Le diagnostic et le pronostic ne présentent rien de bien nouveau à signaler.

Le traitement ne peut pas être unique dans une complication qui peut se présenter sous des aspects si différents. Tant qu'il n'y a pas de symptômes graves, on peut se borner à l'expectation. On ne devra jamais recourir à l'avortement provoqué, ni à l'accouchement prématuré artificiel, parce que ces opérations sont souvent inutiles ou n'ont pas donné des résultats favorables. Pendant la grossesse, c'est au traitement chirurgical, ponction, ovariotomie qu'il faut donner la préférence. La ponction sera préférée dans le cas ou le kyste est uni- ou pauci-loculaire, où il présente des adhérences étendues, ou fait une saillie considérable dans l'excavation pelvienne. L'ovariotomie sera pratiquée

dans le cas où le kyste est multiloculaire, où le liquide se reproduit rapidement après la ponction, où la nature de la tumeur est maligne, et quand l'état général de la malade est mauvais.

De nouvelles indications se posent pendant l'accouchement : 1° Réduire la tumeur par rétropulsion, par ponction surtout ; on ne fera pas l'ovariotomie; 2° Réduire le volume du fœtus suivant les procédés connus ou le faire passer de force à travers la lésion pelvienne. De même que précédemment on ne peut établir une préférence pour tel ou tel de ces traitements, tout dépend des cas et des indications qu'ils présentent.

PORAK.

Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement, par BAR (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

Quelques considérations anatomiques intéressantes formant l'introduction de cette thèse indiquent tout le parti qu'on peut tirer des recherches de Ruge et Veit sur l'anatomie pathologique du cancer utérin.

A propos de l'influence de la grossesse sur le cancer, signalons l'opinion de l'auteur qui croit que la marche en est considérablement précipitée dans la plupart des cas. Le cancer agit sur la grossesse en en interrompant le cours et compromettant l'existence du fœtus. Mais c'est surtout comme cause de dystocie que cette lésion est intéressante à étudier; l'accouchement est ordinairement prolongé, quelquefois aussi, contre toutes les présomptions, il peut être rapide; cela est souvent la conséquence de déchirures importantes du col. La grossesse prolongée, la rupture utérine, la mort fréquente de la parturiente par épuisement, le choc ou l'hémorragie ont été fréquemment signalés. Le pronostic se déduit aisément de ces notions, le diagnostic ne présente rien de particulier.

C'est surtout à propos du traitement que les avis sont partagés et qu'il est utile d'indiquer les conclusions admises par l'auteur, qui, dans ce chapitre comme dans les précédents, s'est appuyé spécialement sur les recherches de Ruge et de Veit, dont les résultats sont peut-être prématurés.

On doit s'inspirer, pendant la grossesse, de l'intérêt de l'enfant plus que de celui de la mère, car l'existence de celle-ci est compromise dans un délai relativement court. Toute opération qui compromet l'existence de l'enfant doit donc être repoussée. L'extirpation de l'utérus en totalité, ou seulement de la tumeur si elle est circonscrite, l'avortement ou l'accouchement prématuré devront être rejetés. On donnera la préférence à l'expectation en répondant aux indications fournies par les douleurs, les pertes blanches, l'hémorragie, la cachexie. Si la gravité des accidents devenait telle que la mort dût survenir avant l'époque des termes et que l'enfant fût viable, on ne devrait pas hésiter à faire l'opération césarienne. On voit le cas que l'auteur fait de la vie de la mère avant l'accouchement. L'enfant seul le préoccupe.

Les mêmes idées dominent dans les règles du traitement au moment de l'accouchement. Aussi, dans le cas seul où l'enfant est mort, retardera-t-on autant que possible l'opération césarienne qui compromet trop l'existence de la mère. Si l'enfant est vivant, on devra, le plus souvent, recourir à l'opération césarienne. Bien exceptionnelles seront les indica-

tions de l'incision ou de l'excision de la partie dégénérée. L'expectation ne sera d'ailleurs de mise que tant que l'enfant ne courra aucun risque.

PORAK.

Ueber die Formen der Wehencurve... (De la forme des courbes de contraction et de l'existence des mouvements péristaltiques dans l'utérus humain), par Friedrich SCHATZ *Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2)

Les courbes produites par les contractions utérines sont très variées: dans beaucoup de cas, la ligne ascendante forme avec la ligne descendante une figure à peu près symétrique, celle-ci présentant seulement une queue plus ou moins longue, comme nous en voyons une dans la contraction des muscles striés; mais dans la plupart des cas, la ligne ascendante est plus rapide que la ligne descendante : quelquefois c'est le contraire qui se présente. La cause de cette diversité serait, d'après l'auteur, la propriété que possède le tissu musculaire de l'utérus, d'entrer successivement et non simultanément en contraction; en d'autres termes, la contraction de l'utérus est péristaltique comme celle de l'intestin, à cette cause vient s'ajouter la différence d'épaisseur que présentent les utérus suivant leurs zones : le fond, la partie moyenne, la partie inférieure varient d'épaisseur et de force suivant chaque individu. La direction du mouvement péristaltique paraît se diriger chez la femme comme chez les animaux, des trompes vers l'orifice interne. La vitesse de mouvement, c'est-à-dire l'intervalle de temps qui sépare le début de la contraction au niveau des trompes, et son apparition à l'orifice interne serait de 20 à 30 secondes, soit environ le tiers de la durée d'une douleur (60 à 90 secondes).

H. DE BRINON.

Ueber antiseptische Behandlung in der Geburtshülfe (Le traitement local antiseptique en obstétrique), par Emil EHRENDORFER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

La première partie de ce mémoire est consacrée à exposer les différentes méthodes antiseptiques employées en obstétrique depuis Semmelweiss (1847), la série des médicaments antiseptiques, leur mode d'application au point de vue de la prophylaxie et de la désinfection, les différentes méthodes de traitement local des affections puerpérales.

Dans la seconde partie, l'auteur fait connaître les résultats obtenus à la 2e clinique de Vienne pendant les années 1882, 1883 et 1884, et les moyens employés. C'est l'acide phénique et l'iodoforme qui forment la base du traitement antiseptique adopté à la seconde clinique. Les solutions employées, soit pour désinfecter les mains, soit pour les lavages vaginaux, sont à 1 ou 2 0/0 : comme corps gras, on emploie la vaseline phéniquée à 3 0/0. Les injections intra-utérines ne sont pratiquées qu'après les opérations graves (arrachement du placenta, version difficile, décapitation, fièvre, etc.) ; dans quelques cas, vient s'y joindre l'introduction d'un crayon d'iodoforme. Les injections vaginales sont faites après les opérations habituelles, avant et après tout examen interne, après tout accouchement.

La mortalité puerpérale a été de :

0,37 0/0 en 1882 (15 sur 2,898 accouchées).
0,33 0/0 en 1883 (9 sur 2,669 »)
0,32 0/0 en 1884 (13 sur 2,788 »)

Dans le chiffre de 1884, sont compris 3 cas de mort consécutifs à des opérations césariennes.

La morbidité puerpérale a été de 4,31 0/0 en 1882, de 3,59 0/0 en 1883 et de 3,08 0/0 en 1884.

Le résultat a été, comme on le voit, en s'améliorant. Le nombre des opérations a été de 340 en 1882, de 390 en 1883 et de 320 en 1884.

Le nombre des étudiants admis au toucher a été dans ces 3 années de 211, 238 et 320. H. DE BRINON.

Die Ætiologie der Gesichtslagen (L'étiologie des présentations de la face), par Friedrich SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

La cause des présentations de la face serait souvent, d'après Schatz, un arrêt de développement de la matrice. A l'état normal, la matrice a la forme d'un triangle isocèle, dont les 3 angles arrondis correspondent aux 3 orifices : la ligne qui réunit les deux orifices tubaires est notablement plus courte que celle qui réunit chaque orifice tubaire à l'orifice interne ; mais il n'est pas rare de voir cette ligne atteindre la longueur des deux autres (triangle équilatéral) ou même la dépasser ; et dans ce dernier cas on observe souvent une ensellure de la base ; utérus cordiforme, utérus bicorne. Le fœtus dont l'axe est plus long que celui de l'utérus est obligé de se courber pour s'accommoder aux dimensions de la cavité utérine ; cette incurvation se produit habituellement du côté abdominal ; mais si les deux extrémités de l'axe fœtal se trouvent fixés par suite de l'anomalie de forme de l'utérus, et que le dos regarde le côté de l'utérus qui réunit les deux extrémités fœtales, la convexité de la courbure fœtale se produira forcément vers le 3e angle qui est libre ; la tête se défléchira, et la présentation frontale, au début, deviendra franchement faciale pendant l'accouchement. Tel est le mécanisme que l'auteur a observé d'une façon très nette dans deux cas. Ce mécanisme s'applique aussi aux cas de présentation de la face qui se produisent dans les grossesses gémellaires, aux cas de tumeur, de rétrécissements du bassin (Winckel, Hecker) de dolichocéphalie (Hecker). La présentation do la face ne serait donc pas, comme on l'admet généralement, le résultat de l'accouchement proprement dit, le rôle de ce dernier se bornant à compléter la présentation.

H. DE BRINON.

De la conduite à tenir dans le cas de placenta prœvia, par AUVARD (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

Ce travail est appuyé sur de nombreuses statistiques. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas concluantes. Il suffit d'avoir fréquenté pendant quelque temps une grande maternité pour savoir en quel état déjà très grave y sont apportées les malheureuses parturientes atteintes d'insertion vicieuse du placenta et combien, dans nombre de cas, toute thérapeutique est illusoire ou se prête mal à des comparaisons susceptibles d'être appréciées par des chiffres. Les statistiques heureuses nous paraissent être le résultat de séries favorables

Il est un autre point qui vicie absolument ces statistiques, c'est qu'il n'y est pas tenu suffisamment compte des variétés de l'insertion vicieuse toujours très grave lorsqu'elle est centrale, souvent bénigne lorsqu'elle est latérale. Aussi est-ce finalement au raisonnement que l'auteur est obligé de recourir, quelles que soient les données de ses statistiques.

Il divise son travail en deux parties, suivant que l'insertion vicieuse du placenta est simple, c'est-à dire qu'elle constitue seule la dystocie, suivant qu'elle est compliquée, lorsque se présente en même temps une autre cause de dystocie.

Dans le placenta prœvia simple, l'auteur distingue le cas où l'hémorragie est légère ou grave.

Dans le cas d'hémorragie légère, il conseille seulement le repos.

Dans le cas d'hémorragie grave, trois cas doivent être distingués, suivant qu'elle survient pendant la grossesse, l'accouchement ou les couches.

Pendant la grossesse, on fera le tamponnement ou on appliquera les ballons de Barnes.

Pendant l'accouchement, à la période de dilatation du col, on devra suivre le même traitement, si les membranes sont inaccessibles. Si on peut les atteindre, on devra presque toujours les rompre (Pajot), après avoir, suivant les cas, dirigé la tête au détroit supérieur par la version par manœuvres externes (Wigand), ou après avoir accroché un pied qu'on attirera ensuite dans le vagin (Braxton Hicks). Dès qu'on pourra extraire l'enfant sans danger de déchirure grave du col, on le fera par l'extraction, la version par manœuvres internes, le forceps, suivant les indications générales de ces opérations. Pendant la délivrance, tenir un grand compte de la possibilité d'une hémorragie très grave dans ces circonstances.

A propos des insertions vicieuses compliquées, l'auteur se borne à publier les observations qu'il a pu recueillir dans la littérature. Elles sont, pour chaque cas, trop peu nombreuses pour l'autoriser à en tirer des conclusions définitives. PORAK.

Ueber die Entstehung der Placenta marginata (Du mode de formation du placenta marginal), par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie*, *XXVII Heft* 2).

L'auteur rappelle les divergences de vue qui se sont produites au congrès de Madgebourg au point de vue du mode de formation du placenta marginal; il a eu récemment l'occasion d'observer deux grossesses gémellaires avec placenta marginal pour chaque jumeau. L'examen de ces placentas le conduit à admettre que le placenta marginal peut, dans certains cas déterminés, reconnaître pour cause unique le défaut d'espace que trouve le placenta en raison du voisinage d'un obstacle ; que cet obstacle soit constitué par le sac fœtal d'un second jumeau ou dans le cas de grossesse unique par une poche liquide de la caduque, comme dans le cas de Veit (*Zeitschrift für Geburtshulfe*, Band I). Dans ces cas, la zone située en dehors de l'anneau marginal a la forme d'un croissant de lune. Dans les autres cas, l'auteur admet avec Küstner que la cause du placenta marginal réside dans une inflammation de la caduque.

H. DE BRINON.

Zu der Wehenerregenden Wirkung heisser Vollbäder (De l'action des bains chauds sur les contractions de la matrice pendant la gestation), par A. SIPPEL (*Centralblatt für Gynækologie, n° 14*, 1886).

Dans un précédent travail, l'auteur a déjà fait connaître ses recherches sur l'emploi des bains chauds comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré artificiel (*Centralblaltt für Gynækologie*, 1885). L'observation qu'il publie aujourd'hui montre que l'emploi des bains très chauds (35 à 36°5 R) n'est pas toujours un moyen suffisant pour obtenir l'accouchement prématuré artificiel.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'une primipare avec diamètre conjugué diagonal de 10c,2 : la grossesse était à la 33e semaine. Après plusieurs jours de traitement par les bains chauds, l'auteur fut obligé de recourir à d'autres procédés sans avoir obtenu autre chose que des contractions qui disparaissaient peu après le bain, et un ramollissement avec dilatation du col permettant l'introduction d'une bougie. L'introduction d'une simple bougie entre les parois utérines et les membranes et son abandon en place pendant 12 heures ne produisit aucun effet. L'auteur remplaça alors cette bougie par une sonde en caoutchouc à double courant, et fit passer pendant une demi-heure un courant d'eau glacée. A partir de ce moment, les douleurs prirent une marche régulière et aboutirent en quelques heures à l'expulsion d'un enfant vivant du poids de 2,570 grammes. H. DE BRINON.

Zwei Fälle von Anwendung des constanten Stromes zur Einleitung der kunstlichen Frühgeburt (Deux nouveaux cas d'emploi du courant continu pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel), par Carl FLEISCHMANN (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft 1*).

L'auteur publie deux observations recueillies à la clinique du professeur Breisky à Prague. Dans le premier cas, après 23 séances d'électrisation, on dut recourir au procédé de Cohen pour obtenir l'expulsion de l'enfant, l'électricité n'ayant donné que des contractions plus ou moins énergiques, et un léger degré de dilatation et de ramollissement du col, on était arrivé progressivement à 18 éléments et à 8 milliampères. Dans le second cas, l'accouchement eut lieu au bout de 15 séances:

De ces deux faits, l'auteur conclut que:

1° Il est difficile d'établir si les contractions obtenues dans l'un et l'autre cas sont le produit de l'électricité ou de l'excitation mécanique liée à l'application de l'électricité;

2° La galvanisation a été bien supportée par la mère et par l'enfant : il y a eu dans un cas escarre superficielle de la muqueuse vaginale;

3° Dans les deux cas, on a obtenu un meilleur effet en plaçant le pôle négatif dans le cul-de-sac vaginal postérieur et le positif sur la colonne lombaire, qu'en mettant le positif sur le fond de l'utérus et le négatif dans le canal. (*R. S. M.*, XXVI, p. 176.) H. DE BRINON.

The advisability of inducing abortion, etc. (De l'avortement dans les cas de vomissements rebelles), par D.-W. DOE (*Boston med. journ., p.* 227, 11 *février* 1886).

48 cas de vomissements rebelles rapportés brièvement servent de base aux conclusions de l'auteur: sauf de rares exceptions, après que l'utérus a été débarrassé du fœtus, les vomissements cessent aussitôt; dans

presque tous les cas, il y eut guérison. On n'eut de décès que dans les cas où l'opération avait été trop différée. Les 48 cas comprennent : 1° 28 cas dans lesquels on n'a point tenté l'avortement artificiel, qui se décomposent en 14 guérisons, 3 avortements spontanés avec guérison, 14 morts, 3 avortements spontanés avec mort ; 2° 20 cas traités par l'avortement artificiel qui se répartissent ainsi : 16 guérisons, 4 morts. Dans les 16 guérisons, les vomissements disparurent 11 fois instantanément, 1 fois 3 semaines après seulement, les 4 autres cas sont inconnus ; pour les 4 morts, 2 fois les vomissements avaient aussitôt disparu : 1 fois ils n'existaient plus au moment de l'avortement ; dans le 4e cas, ils persistèrent jusqu'à la mort. MAUBRAC.

Des hémorragies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus, par A. ROCHE (*Thèse de Paris*, 1886).

Quarante observations, la plupart inédites, d'hémorragies provenant de déchirures du col de l'utérus, du vagin ou de la vulve, d'artères ou de veines surtout variqueuses, de thromboses. PORAK.

Dystocie consécutive à l'obstruction du bassin par des tumeurs kystiques, par A. FOCHIER (*Lyon méd.*, *4 juillet* 1886).

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'un obstacle produit au moment de l'accouchement, par une tumeur kystique ; une ponction aspiratrice amena 140 grammes de liquide et le fœtus, mort depuis la veille, put être amené facilement par le forceps.

La malade, bien remise de cet accouchement, vint mourir à l'hôpital, six ans plus tard des suites d'un abcès stercoral par tuberculose intestinale. On trouva à l'autopsie un kyste uniloculaire de l'ovaire.

2° Chez une femme enceinte de cinq mois, on trouve une tumeur, paraissant tenir au col de l'utérus. Certaines inégalités, un peu de rénitence font penser à un kyste dermoïde. Au huitième mois, on provoque l'accouchement (procédé de Krause). Trois jours après l'introduction de la première bougie, écoulement des eaux, dilatation incomplète. On anesthésie la malade, et, avec un long trocart chauffé, on retire par la ponction un liquide huileux qui fige rapidement. La tumeur réduite de volume, on extrait avec le forceps un enfant vivant. La poche du kyste suppura et l'auteur dut à deux reprises ouvrir et vider le foyer, qui contenait des débris sébacés, des poils, des fragments d'os avec trois dents. Guérison parfaite.

3° Dans le troisième cas, il s'agissait d'un kyste séreux de la trompe. La malade fut accouchée par un autre médecin, on dut faire l'incision de la poche et une application de forceps ; la malade mourut de péritonite et on constata l'existence d'un kyste développé dans la trompe. A. C.

Du traitement des avortements, par GENESTEIX (*Thèse de Paris*, 1886).

La plupart des accoucheurs, en France, sont partisans de l'expectation dans le traitement de l'avortement, opposant à l'hémorragie le tamponnement, à la putréfaction des débris de l'œuf les injections intra-utérines antiseptiques, ou alors seulement l'extraction chirurgicale de ces débris.

Doléris s'est fait, en France, le champion d'une intervention beaucoup plus active, adoptée en beaucoup d'endroits à l'étranger. Il pense qu'il faut enlever l'œuf dès que l'avortement ne suit pas son cours régu-

lier, c'est-à-dire rapide. Il a préconisé pour cela un traitement spécial désigné sous le nom d'écouvillonnage de l'utérus. L'auteur de la thèse adresse des critiques assez vives à ce traitement. Il lui reproche particulièrement de pouvoir provoquer une hémorragie ou déterminer une rupture de l'utérus. Il ne donne, d'ailleurs, pas d'observations concluantes à ce sujet; il publie 60 observations de succès dans le traitement de l'avortement suivant le mode indiqué plus haut, et qui est basé sur les principes ordinairement suivis dans notre pays. PORAK.

The treatment of abortion at the fourth or fifth month (Traitement de l'avortement au 4e ou 5e mois avec rétention du placenta) par G.-R. SATHWICK (*Americ. journal of obstetrics, septembre* 1885).

Une grande divergence de vues règne aussi bien en Angleterre qu'en Allemagne sur la conduite à tenir en cas de rétention placentaire après l'avortement. (*R. S. M.*, XVI, 578; XIX, 613 et XXV, 247). L'auteur donne la préférence au traitement dit conservateur, tamponnement et injections antiseptiques et rejette l'évacuation immédiate de l'utérus avec les doigts ou les instruments introduits dans l'utérus; ce dernier n'est indiqué que lorsqu'il ya des symptômes de septicémie ou lorsque l'hémorragie dure plus de deux jours.

Le tamponnement ne doit pas être fait avec du coton sec absorbant, mais avec des disques de coton trempés dans une solution aqueuse d'alun, au 1/10 pour la partie supérieure du vagin autour du col, et dans de l'eau pure pour le reste du vagin. L'étoupe finement préparée et le coton traité par l'éther sont encore d'un usage plus commode. Pour les injections, l'auteur donne la préférence à une solution de sublimé au 2/1000 à 108° ou 110° F. H. DE BRINON.

Contribution à l'étude de l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement, par CHARIER (*Thèse de Paris,* 1886).

L'auteur relate 28 observations inédites communiquées par Porak. On regrette qu'il n'ait pas fait un historique suffisamment complet de la question. La plupart des accoucheurs admettent et utilisent l'action des opiacés pour espacer ou suspendre les contractions utérines. Le point particulier soutenu par l'auteur est qu'on peut en donner, dans ce cas, des doses inusitées hors la grossesse. Dans un cas, on avait donné 250 gouttes de laudanum de Sydenham en 24 heures; dans de nombreuses observations, on est arrivé aux doses de 75 à 100 gouttes. Lorsque la cause de l'avortement réside dans l'irritabilité exagérée de l'utérus, et non pas dans une lésion profonde de l'œuf, l'emploi du laudanum à haute dose peut arrêter l'avortement. Quelle que soit la dose donnée à la mère, on n'a pas constaté que l'absorption du médicament par le placenta ait nui au fœtus. On doit évidemment s'arrêter dans l'administration du médicament dès que des phénomènes d'intolérance opiacée sont observés, et, dans ce cas même, on n'a jamais d'inconvénients sérieux à enregistrer. Il est clair qu'on ne doit pas recourir à ce traitement lorsque l'avortement est inévitable. P.

Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine, par C. MAYGRIER (*Thèse agrég., Paris,* 1886).

Rien à signaler à propos de la première partie de cette thèse; elle est consacrée aux terminaisons de la grossesse extra-utérine.

A propos du traitement et des nombreuses et discutables règles de conduite admises par les accoucheurs et les chirurgiens, l'auteur s'est vu dans la nécessité d'avoir à donner une opinion. En ce temps où des indications opératoires de plus en plus actives s'imposent en obstétrique, il leur a donné une place prépondérante. C'est aussi le point le plus important de son travail. Refusant à l'expectation la trop large place qui lui était accordée autrefois, il a consacré deux chapitres importants et fort intéressants à la gastrotomie et à l'élytrotomie.

Voici ses conclusions :

Dans les premiers mois de la grossesse, la rupture du sac peut provoquer de formidables dangers, que la gastrotomie aurait pour but de prévenir au moment de la rupture du sac. Les succès de Lawson Tait montrent tout l'avantage qu'on peut tirer de cette opération. Ses résultats ne sont pas encourageants dans la seconde moitié de la grossesse, l'enfant étant vivant, mais ils ne sont pas définitifs, ils peuvent être modifiés par des progrès dans le manuel opératoire. Le danger réside surtout dans la blessure de l'insertion placentaire et dans l'hémorragie qui en est la conséquence. Éviter cette blessure, c'est rendre le pronostic beaucoup plus favorable. Cela pourrait être obtenu, si on connaissait la situation du placenta. Une ponction pratiquée sur la paroi abdominale, suivant qu'elle donnerait lieu à un écoulement de sang ou à un écoulement de liquide amniotique, ne permettrait-elle pas de conclure à la présence ou à l'absence de placenta au niveau du point ponctionné?

Si l'enfant est mort, il est contre-indiqué de faire l'opération peu de temps ou immédiatement après cet accident, à moins que des symptômes graves en déterminent l'urgence. Autrement, on devra autant que possible la reculer de quelques mois. Si l'enfant est vivant, et s'il est fortement engagé dans l'excavation pelvienne, quoiqu'on puisse hésiter entre la laparotomie et l'élytrotomie, c'est à la première opération qu'on donnera la préférence.

La seule indication de l'élytrotomie est le cas où le fœtus, s'il est mort, est fortement engagé dans l'excavation et où il est très accessible par le vagin. Le cas où le placenta est interposé entre lui et la paroi vaginale serait de nature à faire hésiter entre la laparotomie et l'élytrotomie. On préférera néanmoins l'élytrotomie. PORAK.

DERMATOLOGIE.

Cas d'atrophie idiopathique de la peau, par POSPELOW (*Annales de Derm. et de Syph., n° 9*, 1886).

L'auteur rappelle brièvement les quatre cas qui existent dans la littérature dermatologique. Voici le résumé de son observation :

La malade A. J..., paysanne âgée de 50 ans, présente une atrophie de la peau du membre supérieur gauche, qui est flottante, amincie, flétrie, sèche, sans tissu adipeux ; l'épiderme est écailleux, les follicules pileux très petits. Le phénomène de la chair de poule ne se produit pas. La sensibilité et les sécrétions sont intactes. Mêmes altérations aux genoux, à la jambe et au talon gauches. État général satisfaisant ; la malade a eu la syphilis, mais l'atrophie cutanée avait débuté auparavant, à l'âge de 17 ans. Le début avait eu lieu par des taches rouges qui persistèrent pendant quelque temps, et, à la même époque, l'amincissement de la peau commençait. L'examen d'un lambeau de peau excisé montre l'amincissement de toutes les couches de la peau, des altérations des muscles de la peau et des follicules pileux. Les nerfs, les vaisseaux et les glandes sont normaux.

Le refroidissement paraît jouer un certain rôle dans l'étiologie de cette atrophie de la peau. F. BALZER.

Ueber die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährurgsstörungen der Haut (Nature des troubles trophiques de la peau), par KOPP (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p.* 818, 7 *décembre* 1885).

Tandis que Déjerine, Leloir, Chabrier ont signalé l'existence de névrites parenchymateuses périphériques dans un certain nombre de dermatoses, S. Mayer a prétendu que l'alternance continue de la régénération et de la dégénération était un phénomène normal dans les nerfs périphériques.

Kopp a voulu rechercher si le degré de dégénération signalé du côté des nerfs dans les dermatoses pouvait être considéré comme rentrant dans le cadre de ce travail normal, physiologique, de dégénération et de régénération successives.

A cet effet, il a fait porter son examen sur les nerfs cutanés de 16 personnes ayant succombé à des affections aiguës et est arrivé au résultat suivant :

Toutes les préparations renfermaient des fibres nerveuses dégénérées mais, même chez les individus ayant des durillons, des cors ou autres anomalies de la peau, la dégénérescence n'atteignait pas l'intensité que les auteurs ci-dessus ont reconnue dans le vitiligo, l'ichthyose, le pemphigus, etc.

Jusqu'ici, Kopp a vainement cherché à découvrir les terminaisons nerveuses dans les parois endothéliales des capillaires et dans la tunique interne des petites artères et veines. J. B.

Keratosis follicularis associated with fissuring of the tongue and leukoplakia buccalis (Kératose folliculaire avec fissures de la langue et leucoplasie buccale), par MORROW (*Journal of cut. and vener. diseases*, n° 9, 1886).

Olsen, 21 ans, marin, se présente en décembre 1885; il remarque, depuis cinq ans, de nombreux points noirs sur le dos, les mains, le cou, les bras, etc. Cet état s'améliore à terre et s'aggrave en mer. La coloration de la peau est grise ou brunâtre, surtout sur l'abdomen, les régions deltoïdienne et externe de la cuisse. La palpation donne une sensation rude, comparable à celle que donne la langue d'un chat. La figure, les surfaces palmaire et plantaire sont seules indemnes. Il existe, dans les conduits sébacés, des comédons, gris ou noirs, plus ou moins saillants, avec petits poils blancs, surtout sur l'abdomen. Le contenu est grisâtre, corné, un peu brillant et sec. Les conduits sébacés sont dilatés; il n'y a pas de réaction inflammatoire.

La muqueuse palatine présente de très nombreuses taches brunâtres. La langue, large, rude au toucher, est blanche et présente des fissures profondes. La muqueuse buccale est opaline, il existe aussi des plaques fissurées. Ces plaques blanches se voient surtout aux commissures. Cet état est d'ancienne date; il a peu attiré l'attention du malade, qui ne souffre qu'à l'occasion de l'ingestion de certains condiments. Les lésions ne proviennent pas de la syphilis, et l'auteur ne cherche pas non plus à établir de relations entre elles et les altérations des glandes sébacées : il y a là simple coïncidence.

Après discussion des termes d'acmé sébacée cornée (Guibout), d'ichthyose folliculaire (Lassar), Morrow propose le nom de kératose folliculaire, qui lui paraît convenir comme indiquant le mieux le siège et la nature des lésions. Celles-ci présentent, d'ailleurs, avec les caractères habituels des comédons, des glandes sébacées, ainsi que l'a montré l'examen microscopique. Affectant les couches cornées de l'épiderme, qui sont hyperplasiées, l'affection porte sur les cellules correspondantes des glandes sébacées; le nom de kératose des follicules lui convient donc parfaitement.

F. BALZER.

Histologisches und Bacteriologisches über Mycosis fungoïdes (Recherches bactériologiques et histologiques sur le mycosis fongoïde), par KOÈBNER (*Fortschritte der Medicin*, n° 17, 1886).

Dans deux cas de mycosis fongoïde, l'auteur n'a pu observer de microorganismes, ni sur les coupes faites sur la tumeur, ni dans le suc de celle-ci, ni dans le sang. Cependant des cultures faites avec de petites parties de la tumeur donnèrent naissance à des colonies de staphylococcus aureus; de même des cultures sur des plaques d'agar-agar montrèrent de nombreuses espèces différentes de micrococcus, mais aucune caractéristique. Des inoculations pratiquées avec de la sérosité, du sang et même avec des parties de tissu morbide restèrent sans résultat.

Les recherches de Rindfleisch, Hammer, etc., qui avaient trouvé, soit dans le sang, soit dans les vaisseaux lymphatiques, mais jamais dans le tissu même de la tumeur, des micrococcus, (streptococcus) ne sont point concluantes; le microorganisme pathogène du mycosis fongoïde est encore à trouver.

W. OETTINGER.

Molluscum contagiosum ; an analysis of fifty (50) cases, par ALLEN (*Journal of cut. and vener. diseases*, n° 8, 1886).

Le molluscum contagiosum, dit l'auteur, est contagieux, malgré la grande autorité de Kaposi et d'un certain nombre d'auteurs qui ont nié cette contagiosité. Il en signale un certain nombre de cas, et notamment il rapporte une épidémie dans une école, où 30 petites filles étaient atteintes de molluscum provenant d'une de leurs compagnes qui avait introduit cette maladie dans l'école. Chez 44 enfants, la face et le cou, et spécialement la région orbitaire, étaient le siège de prédilection des tumeurs. L'auteur n'a pu inoculer le molluscum. Il est tenté d'adopter l'opinion de ceux qui pensent que cette tumeur ne se développe pas nécessairement dans les glandes sébacées. Il en a observé sur le bord des lèvres, région où il n'existe pas de glandes sébacées. Les faits de contagion manifestes, la diffusion dans les familles, les écoles, la localisation fréquente aux régions génitales, les faits positifs d'inoculation, tout contribue à faire admettre la contagiosité du molluscum. F. BALZER.

Sur la transmission du psoriasis au lapin, par M. TOMMASOLI (*Gazzetta degli Ospitali*, *n.* 43 *et* 44, 1886).

L'auteur, reprenant les expériences de Lassar, a pu obtenir, chez le le lapin, dans trois expériences, au moyen d'un mélange de lymphe, de sang et de lamelles épidermiques provenant d'une plaque de psoriasis, une maladie cutanée ressemblant beaucoup, extérieurement et histologiquement, au psoriasis de l'homme. Cette affection peut se transmettre du lapin au lapin soit par inoculation directe sur la peau de lamelles épidermiques et de sang, soit par injection sous-cutanée de sang pris dans la jugulaire. Dans les cas de transmission de l'animal à l'animal, la durée de l'incubation, la durée de la maladie et l'intensité des lésions sont beaucoup moindres que dans les cas de transmission de l'homme à l'animal. GEORGES THIBIERGE.

Sur l'étiologie du psoriasis, par BEISSEL (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, *n°* 9, 1886).

L'auteur a trouvé, chez deux malades, dans les squames du psoriasis, le champignon décrit par Lang ; il ressemble beaucoup à celui du tricophyton, mais il liquéfie beaucoup plus lentement la gélatine et la colore à la longue en rouge brun ; il en diffère aussi par la couleur brune de ses gonidies, le défaut de coloration de son mycélium et la forme caractéristique de sa fructification. Transporté sur la peau, il a provoqué, en premier lieu, une rougeur intense et une sensation de brûlure qui ont duré deux jours, puis une desquamation en cercle qui a persisté pendant six semaines et n'a disparu que lentement sous l'influence de lavages savonneux.

Ce champignon joue un rôle important dans l'étiologie du psoriasis. Il est nécessaire, pour guérir cette maladie, de modifier l'état des téguments qui offrent au parasite un terrain de culture favorable. HALLOPEAU.

Recherches expérimentales sur l'étiologie de l'alopécie en aires, par Max JOSEPH (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., novembre* 1886).

L'auteur apporte des faits importants à l'appui de la théorie qui considère cette maladie comme une tropho-névrose. Ses expériences ont été faites sur des chats; il a reconnu que l'extirpation du ganglion spinal du deuxième nerf cervical avec un fragment des racines antérieure et postérieure amène généralement, du 5ᵉ au 12ᵉ jour, dans la région où se distribuent les branches de ce nerf, c'est-à-dire le grand et le petit occipital et le grand auriculaire, une chute des poils tout à fait comparable à celle qui caractérise chez l'homme l'alopécie en aires : ils commencent par se raréfier en une ou plusieurs places circulaires ou ovales, puis tombent complètement sans qu'il se produise aucune réaction, aucune altération appréciable du côté de la peau; les plaques s'agrandissent excentriquement ; leur dimension varie de celle d'une pièce de 20 pfennigs à celle d'une pièce de 1 mark.

Si la lésion nerveuse est produite des deux côtés, les plaques de calvitie apparaissent symétriquement.

Ces expériences ont été reproduites sur toute une série d'animaux avec les mêmes résultats.

On ne constate au niveau des plaques décolorées aucun trouble de la sensibilité ni de vascularisation; leur production ne peut être attribuée qu'à un trouble dans l'inervation trophique de la peau.

L'examen histologique de ces parties y dénote une atrophie des papilles des poils; la place de ces organes n'est indiquée que par la présence de pigment. Quand leur chute n'est pas complète, ceux qui restent sont de quatre à cinq fois plus petits qu'à l'état normal.

On ne peut méconnaître l'importance de ces expériences. Elles prouvent l'existence de nerfs trophiques indépendants des nerfs sensitifs et vasculaires ; au point de vue dermatologique, elles démontrent qu'une lésion nerveuse peut produire des plaques identiques par leur aspect à celles de la pelade. Doivent-elles conduire à rejeter l'hypothèse qui considère cette maladie comme parasitaire ? Les faits avérés et nombreux dans lesquels elle s'est transmise par contagion ne le permettent pas ; il est probable que les deux théories sont vraies et qu'il y a deux espèces distinctes de pelade provoquées, l'une par un trouble de l'innervation, l'autre par un parasite, et très analogues dans leurs caractères cliniques.

H. HALLOPEAU.

Zur Aetiologie der Alopecia areata (Etiologie de la pelade), par v. SEHLEN (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCIX, H.* 2, *p.* 327). — **Remarques sur ce travail, par P. MICHELSON** (*Ibidem, XCIX, H.* 3, *p.* 572). — **Réponse de v. SEHLEN** (*Ibidem, C, H.* 3, *p.* 576).

Von Sehlen, dans six cas de pelade, a trouvé dans les cheveux, dans le bulbe pileux et dans de fines squames furfuracées situées à la périphérie de la lésion cutanée, un microcoque qu'il considère comme pathogène. Ce microcoque, d'environ 1 μ de diamètre, se cultive sur l'agar-agar; inoculé à des rats blancs, il a déterminé des altérations assez analogues à la pelade de l'homme. Si les animaux inoculés se trouvent à l'époque de la mue, on observe une chute totale des poils, une véritable calvitie ; si au

contraire l'inoculation s'est faite dans l'intervalle des mues, les poils ne tombent pas ; mais si dans ce cas on tiraille les poils avec une pince, ils s'arrachent facilement sans causer de douleur à l'animal. On produit donc dans ce cas une calvitie artificielle. Le microcoque se trouve également dans les poils et dans l'épiderme.

Ce travail de von Sehlen a donné lieu à une critique de Michelson qui reproche à l'auteur d'avoir décrit comme de la pelade de l'herpès circinné, se fondant sur ce que von Sehlen signale des squames à la périphérie de la lésion.

Von Sehlen réplique qu'il sait faire le diagnostic différentiel entre les deux affections, que d'ailleurs il n'a dans aucun cas rencontré le trichophyton tonsurans.

P. GALLOIS.

I. — Ueber die auf Rügen in Folge der Pockenimpfung... (Nature de l'affection épidémique provoquée par les vaccinations dans l'île de Rugen), par EICHSTEDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44, t. XXII, p.* 711, *2 novembre* 1885).

II. — Même sujet, par EBERT (*Ibidem, n°* 47, *p.* 780, 23 *novembre* 1885).

I. — Les 19 et 20 juin, on vaccina à Wittow (île de Rugen) 79 enfants en bas âge, avec du vaccin jennérien tiré de Stettin, additionné de thymol et de glycérine. Les boutons vaccinaux se développèrent si imparfaitement, que sur deux de ces enfants seulement on put prendre du vaccin. Le 8e jour après l'inoculation, tous étaient cependant en parfait état. Mais du 11e au 14e jour, il apparut chez 76 d'entre eux, au voisinage des pustules vaccinales et sans rougeur des téguments, des vésicules qui atteignirent rapidement les dimensions d'un pois ou même davantage. En se desséchant, ces vésicules formaient des croûtes qui tombaient dans l'espace de deux à quatre semaines en laissant une tache rouge qui, sans desquamer, disparaissait au bout de quelques semaines sans laisser aucun vestige.

Cette éruption s'est prolongée souvent par des poussées successives, mais sans occasionner ni douleurs, ni démangeaisons, ni fièvre notable.

Après avoir débuté à l'entour des points inoculés, l'éruption ne tardait pas à envahir aux membres et au tronc le côté de l'extension et plus encore la face, le cuir chevelu et les oreilles.

Cette affection avait un caractère éminemment contagieux, car les 76 cas primitifs ont fini par s'élever à 320, comprenant un plus grand nombre d'enfants que d'adultes.

La commission d'enquête, nommée par le ministre des affaires médicales, n'a pas hésité à reconnaître qu'il s'agissait de l'impetigo contagieux que T. Fox a décrit pour la première fois en 1864. Bien qu'inoculable, c'est la première fois qu'on en signale la transmission par la vaccine. Eichstedt, comme précédemment Taylor et Unna, a vainement recherché des micro-organismes dans cette épidémie.

II. — Comme l'enfant qui avait fourni le vaccin de Wittow n'avait pas lui-même d'impetigo contagieux, Eichstedt avait émis, à titre d'hypothèse, l'idée que le contage pouvait avoir été introduit dans le vaccin par une glycérine insuffisamment purifiée. En effet, la glycérine est un sous-produit des savonneries, par exemple, où l'on utilise des déchets animaux de toute catégorie, les uns venant des abattoirs, les autres des clos d'équarrissage, c'est-à-dire de bêtes malades.

Mais Ebert répond qu'il s'est servi, pour son vaccin, de glycérine préparée selon les préceptes de la pharmacopée allemande qu'Eichstedt

déclare lui-même incapable de propager des germes morbides. De plus, Ebert, dans des vaccinations ultérieures pratiquées avec du vaccin animal, a dilué celui-ci avec la même glycérine, sans qu'aucun des enfants inoculés ait présenté traces de l'éruption en question. J. B.

Wo liegen die Leprabacillen ? (Où siègent les bacilles de la lèpre?), par TOUTON (*Fortschritte der Medicin*, n° 2, 1886).

L'article de Touton est destiné à réfuter les opinions d'Unna sur les bacilles de la lèpre (*R. S. M.*, XXVIII, 230), qui pense que ceux-ci ne siègent jamais dans des cellules, mais bien dans les vaisseaux et lacunes lymphatiques. Touton pense que les résultats auxquels est arrivé Unna sont entachés d'erreur, surtout à cause de la méthode qu'il a employée, la « méthode sèche » ; lui-même, au contraire, a utilisé l'ancienne méthode de préparation, tout en la modifiant quelque peu : après coloration des coupes dans l'hématoxyline, il les place dans une solution de fuchsine d'Ehrlich pendant 24 ou 48 heures, puis il les décolore dans l'acide nitrique au 1/3, et les laisse se déshydrater longtemps dans l'alcool absolu avant de les éclaircir et de les monter dans le baume de Canada sec. Il a pu voir ainsi dans beaucoup de cas les bacilles contenus dans une cellule parfaitement nette, à noyau fortement coloré, à protoplasma granuleux; tantôt il n'avait là que quelques bacilles, tantôt leur nombre était si considérable que le noyau était moins visible, souvent refoulé qu'il était à la périphérie. Que les bacilles soient à l'état de liberté dans les interstices des tissus, la chose est possible, mais le protoplasma des cellules semble être le milieu de culture favorable pour leur développement. S'agit-il de cellules de tissu conjonctif, de globules blancs, de cellules embryonnaires, il est difficile de trancher la question, mais il est probable que l'origine des « cellules lépreuses » varie suivant le lieu où se développent les foyers bacillaires; elles se transforment alors et deviennent méconnaissables, subissant des modifications analogues à celles des « Mastzellen ».

Au milieu des amas de bacilles, on trouve parfois une vacuole, que Unna regarde comme une partie de la lumière du canal lymphatique encore libre de micro-organismes; Touton considère cette disposition comme due à une nécrose partielle du protoplasma cellulaire. Enfin, il a pu trouver sur la paroi de vaisseaux lymphatiques des bacilles contenus dans l'intérieur de cellules endothéliales, ou de globules blancs à plusieurs noyaux. Quant aux parois des vaisseaux sanguins, elles sont infiltrées de micro-organismes; on en trouve dans la tunique interne, dans les cellules endothéliales plus ou moins altérées, à la limite de la tunique moyenne et interne, dans l'épaisseur de l'adventice.

Dans les glandes sudoripares, les bacilles se trouvent ou libres dans la lumière du canal, ou bien entourés d'un détritus granuleux, ou bien entre les cellules épithéliales, ou enfin dans l'intérieur de celles-ci; c'est là certainement une des portes d'entrée des micro-organismes de la lèpre.

Tels sont les points principaux que Touton cherche à mettre en avant, voulant prouver que le bacille de la lèpre se développe dans l'intérieur des cellules, et que, lorsqu'il devient libre, il y était primitivement contenu. W. OETTINGER.

I. — Uebertragung von Lepra auf Kaninchen (Transmission de la lèpre au lapin), par R. MELCHER et P. ORTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 194, 30 *mars* 1885).

II. — Experimentelle Darm-und Lymphdrusenlepra bei Kaninchen (Lèpre expérimentale de l'intestin et des ganglions chez le lapin), par LES MÊMES (*Ibidem*, *n°* 9, *p.* 135, 1er *mars* 1886).

III. — Impfersuche mit Lepragewebe auf Thiere (Recherches sur l'inoculation de la lèpre aux animaux), par THIN (*Vierteljahr. für Derm. und Syph.*, *n°* 3, 1886).

I et II. — Melcher et Ortmann ont greffé, dans la chambre antérieure de l'œil de 3 lapins, de petits fragments d'un tubercule lépreux. Ces animaux succombèrent le premier au bout de dix mois, les deux autres dans le cours du quatrième au cinquième mois.

A leur autopsie, la peau était absolument intacte, mais tous les viscères, notamment les poumons, étaient farcis de lésions pseudo-tuberculeuses.

Chez le premier lapin, il n'y avait, à l'œil nu, de malade que le poumon, qui paraissait rempli de granulations tuberculeuses.

Les lésions intestinales chez les deux autres occupaient le cœcum et offraient l'apparence de granulations volumineuses et d'hyperplasie des ganglions mésentériques.

Les altérations histologiques siégeaient surtout dans le tissu sous-muqueux de l'intestin. Dans les ganglions, elles variaient depuis la simple hypertrophie jusqu'à la transformation lépreuse complète et à la mortification finale.

Si les lésions des parois intestinales étaient bien différentes de la tuberculose, celles des ganglions ne s'en distinguaient que par la méthode de coloration d'Ehrlich, qui montrait des bacilles en nombre infini, variables de formes et de dimensions, mais groupés en colonies ou foyers à l'intérieur des cellules épithélioïdes et géantes du néoplasme.

Chez les 3 lapins, les nerfs périphériques étaient intacts comme la peau. A défaut de pouvoir cultiver les bacilles comme moyen de contrôle, les auteurs ont poursuivi de génération en génération et toujours avec le même résultat leurs inoculations dans la chambre antérieure. J. B.

III. — Les expériences ont porté sur deux singes et deux chats : les résultats furent négatifs. Les inoculations étaient faites avec des morceaux de peau, contenant des bacilles et conservés avec toutes les précautions indispensables. Chaque animal a été inoculé deux fois avec des morceaux provenant de deux malades différents, dans la chambre antérieure de l'œil, et à la nuque.

Les animaux ont succombé assez rapidement. On a constaté, à l'autopsie, des opacités de la cornée, avec vascularisation, la dissociation du cristallin, rien du côté de la peau, enfin la disparition des bacilles. L'auteur dit que si l'on tient compte du long temps qui s'écoule entre le séjour d'un individu dans un pays où règne la lèpre et le début de l'affection alors même qu'il est passé dans un autre pays, on ne sera pas étonné de l'insuccès des expériences. Les animaux meurent trop tôt pour qu'on puisse bien les observer et conclure. F. BALZER.

Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose, par LELOIR (*Annales de Dermat. et de Syph*, n° 6, 1886).

Leloir rapporte d'abord l'observation d'une petite fille, âgée de 6 ans, chez laquelle il a vu un foyer lupique de la main devenir l'origine de lymphangites tuberculeuses, avec production de gommes scrofulo-tuberculeuses, développées le long du trajet des lymphatiques atteints, et déterminer, finalement, par absorption du virus tuberculeux par les lymphatiques du membre supérieur, une tuberculose pulmonaire du côté correspondant au membre atteint. Il signale encore, dans d'autres cas, des lymphangites réticulaires érysipélatoïdes, se présentant sous la forme d'érysipèles blancs (dits des scrofuleux), et qui paraissent jouer un rôle majeur dans l'absorption du virus. Celui-ci, parti du foyer lupique, détermine des lymphangites érysipélateuses, envahit les ganglions cervicaux et de là gagne le poumon.

La statistique du service de l'auteur donne, sur un total de 17 lupeux, 10 sujets atteints de tuberculose pulmonaire, et un onzième atteint de tumeur blanche du genou. F. BALZER.

Quelques considérations sur le lichen ruber en Norvège, par Caesar BŒCK (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, *octobre* 1886).

L'auteur publie les sept cas de cette maladie qu'il a pu observer à Christiania dans l'espace de 11 ans. Il s'est agi constamment d'un lichen planus qui se serait associé une fois à un lichen obtusus et deux fois à un lichen acuminatus; il n'admet pas qu'Hebra ait compris sous cette dernière dénomination le *pityriasis pilaire*. Nous avons vu cependant tout dernièrement Lutsgarten porter le diagnostic de *lichen acuminatus* dans un cas que plusieurs de mes collègues rapportaient sans hésitation au type clinique décrit par Devergie; il y a là une espèce morbide bien distincte, qui est décrite sous des noms différents à Vienne et à Paris; elle se sépare nettement du *lichen planus* et la présence, chez les sujets atteints de cette dernière affection, de quelques papules acuminées ne doit pas suffire pour faire admettre leur coexistence. Nous n'acceptons donc que sous toutes réserves l'interprétation de l'auteur. H. HALLOPEAU.

Urticaria pigmentosa, par KAPOSI (*Soc. des méd. de Vienne, 4 juin* 1886).

L'urticaire pigmentaire se manifeste dès les premières années de la vie; c'est une affection essentiellement chronique et qui se distingue des autres formes d'urticaire par les traces qu'elle laisse à la peau. Les sujets conservent des taches sombres qui persistent pendant des mois et même des années. L'auteur observe une petite fille qui, atteinte d'urticaire depuis neuf mois, porte à la nuque et aux extrémités des macules brun foncé; ces macules paraissent diminuer lentement. L. GALLIARD.

De l'exanthème produit par l'antipyrine, par CATTANI (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, *mai* 1886).

L'exanthème produit par l'antipyrine présente des caractères variables: la face est presque toujours atteinte; la plante des pieds, la paume des mains, la muqueuse du palais sont toujours respectées; l'éruption est le plus souvent morbilliforme, quelquefois ortiée ou présentant par places l'aspect de la roséole typhique; le prurit n'est pas constant. L'exanthème se produit surtout quand la maladie présente des caractères de gravité,

mais il n'a par lui-même aucune signification et ne cause aucune complication; il peut se développer après qu'on a cessé d'administrer l'antipyrine; il peut durer de 2 à 8 ou 10 jours. On l'observe en général 3 à 4 fois sur 100. GEORGES THIBIERGE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

La syphilis héréditaire tardive, leçons par Alfred FOURNIER (*In*-8°, 650 *pages avec* 31 *figures, Paris,* 1886).

La lecture de l'ouvrage magistral publié par A. Fournier troublera quelque peu bon nombre de médecins, cliniciens expérimentés. On s'étonnera en effet que l'origine de ces lésions aussi variées, mais en même temps aussi typiques, réunies souvent en séries sur un même sujet, ait pu échapper à la sagacité des observateurs et qu'on ait rapporté tantôt à une diathèse, tantôt à une autre, un ensemble de symptômes aussi démonstratifs. Depuis un certain nombre d'années, l'existence et aussi la fréquence de la syphilis héréditaire tardive se confirmait par des travaux sortis des diverses écoles syphiligraphiques. Mais jamais la question n'avait été présentée sous une forme aussi saisissante; jamais la preuve de la variété d'aspect affectée, par ces accidents tardifs de la vérole, n'avait été donnée d'une façon aussi complète et étayée sur des observations cliniques plus irréfutables.

Par syphilis héréditaire tardive, il faut entendre l'ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. Cette syphilis héréditaire se révèle-t-elle par des signes particuliers, caractéristiques? Parcourons la nomenclature qu'en a dressée le professeur, et nous trouverons dans ces neuf groupes les éléments du diagnostic de l'affection :

1° La constitution, l'habitus, le facies qui n'ont rien de bien caractéristique, mais qui diffèrent de ceux du scrofuleux;

2° Le retard, les imperfections, les arrêts de développement physique, en un mot, des caractères d'infantilisme;

3° Les difformités crâniennes et nasales : le front bombé en carène, le crâne natiforme, l'asymétrie crânienne, le crâne hydrocéphale, les effondrements du nez, les nez camards;

4° Les difformités osseuses du tronc et des membres : tuméfactions, hyperostoses, déformations du thorax, déformations rachidiennes. Ces déformations sont la reproduction des altérations produites par le rachitisme : aussi Fournier se trouve-t-il conduit à discuter la question du rachitisme dans ses rapports avec la syphilis. Il se sépare sur ce point des doctrines absolues de Parrot (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, p. 237); pour lui le rachitisme n'est que la conséquence indirecte de la syphilis, le résultat du trouble général apporté par cette maladie dans l'organisme, mais n'est pas lié indissolublement comme étiologie à cette affection;

5° Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses;

6° Les lésions réunies, décrites par Hutchinson (triade d'Hutchinson), frappant les organes de la vision et de l'ouie, et l'appareil dentaire. Du côté de l'œil, la kératite interstitielle diffuse, signe dont la valeur est des mieux reconnues;

7° Les lésions et troubles de l'appareil auditif : surdité, d'invasion brusque, à marche rapide et fatale, sans lésions appréciables et sans concomitance des accidents habituels des diverses otites;

8° Les malformations dentaires : ces lésions ne sont pas constantes chez les syphilitiques héréditaires, mais elles sont fréquentes et empruntent à leurs caractères particuliers une grande valeur. Ces lésions comprennent : les érosions dentaires, érosions simples, en cupule, à facettes, les moins caractéristiques et qui se rencontrent souvent en dehors de la syphilis; les érosions en sillon, et surtout l'échancrure semi-lunaire du bord libre, sur laquelle Hutchinson a bien appelé l'attention. L'érosion dentaire est une lésion contemporaine de l'époque de formation de la dent : c'est la conséquence d'une interruption momentanée survenue dans le processus de dentification à l'époque où se constitue la dent.

A côté des érosions se placent le microdontisme, l'amorphisme dentaire et la vulnérabilité des dents;

9° Les lésions testiculaires, atrophie scléreuse, arrêt de développement.

Comme éléments de diagnostic, on aura encore des signes de moindre valeur, mais qui, se rencontrant avec les précédents, permettent de compléter l'histoire spécifique de la maladie : ce sont les hypertrophies ganglionnaires, les arthropathies, les arrêts de développement intellectuel; puis, en dehors du sujet, les antécédents de famille, la polymortalité des enfants dans une famille, etc.

Après avoir ainsi mis en relief les signes révélateurs de la syphilis, A. Fournier étudie, dans la deuxième partie de son livre, la maladie en action, ses diverses manifestations et leur évolution.

Un total imposant de 272 observations forme la base de cette étude : 251 entre 3 et 28 ans, 21 de 28 à 65 ans. D'après cette statistique, le maximum de fréquence se trouve à l'âge de 12 ans.

D'autre part, les lésions les plus communes sont, par ordre de fréquence, les lésions oculaires, osseuses, cutanées, de la gorge, cérébrales, auriculaires, nasales, etc. Chacune de ces manifestations est longuement étudiée au point de vue des caractères particuliers qu'elle peut présenter, au point de vue de la confusion diagnostique qui rapporte fréquemment à la scrofule ce qui devrait être rattaché à la vérole (lésions oculaires, auriculaires, coryza chronique, gommes cutanées).

A propos des affections cérébrales, l'auteur insiste tout spécialement sur les formes initiales qui, bien connues et traitées à temps, comme il convient, assurent des chances de guérison surprenante. Parmi ces symptômes prémonitoires de la syphilis cérébrale héréditaire se trouvent les accès épileptiques, les céphalalgies tenaces et à exacerbations nocturnes, troubles dits congestifs, les désordres intellectuels caractérisant ce que Fournier appelle la forme initiale mentale.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à la syphilis acquise

de l'enfance et aux différences qui la séparent de la syphilis héréditaire. Tels sont rapidement énumérés les principaux chapitres de cet ouvrage qui, loin d'être, comme le dit modestement son auteur, une ébauche de l'histoire de la syphilis héréditaire, constitue, en réalité, un traité magistral auquel il n'y aura rien à reprendre et peu à ajouter. Le professeur Fournier affirme, d'une façon éclatante, la vitalité de l'école syphiligraphique française, dont il est un des plus brillants représentants.

A. CARTAZ.

Ueber das Verhältniss der Lues und der venerischen Krankheiten in Strassburg (La syphilis et les affections vénériennes à Strasbourg), par WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, *t. XXII*, *n°* 49, *p.* 819).

Il est très difficile de dire si la syphilis a augmenté ou diminué depuis son apparition en Europe. Il est indubitable que sa gravité est moindre qu'elle n'était ; mais il est moins aisé de se prononcer sur son extension. Toutefois, il est certain que si le nombre absolu des affections vénériennes s'est accru dans les derniers temps, le chiffre relatif des syphilitiques a baissé.

On observe à cet égard le phénomène suivant : l'augmentation du nombre des malades coïncide toujours avec l'existence et l'application des lois dirigées contre la prostitution.

Lorsque ces lois sont énergiquement exécutées et qu'elles embrassent également la répression de la prostitution clandestine, le chiffre absolu des vénériens augmente ainsi que la proportion des femmes malades, tandis que celle des hommes s'abaisse.

A cet égard, la courbe qui reproduit les oscillations des affections vénériennes dans la garnison de Strasbourg est très instructive ; elle est toujours la plus basse dans les années où le nombre des filles arrêtées est le plus considérable.

Cette courbe montre que les premiers essais de réglementation de la prostitution, qui remontent à 1815 et 1818, n'eurent pas le moindre résultat.

A ce moment, en effet, on se bornait à examiner, une fois par mois, les filles publiques et on laissait tranquilles les prostituées clandestines. Aussi, à cette époque, le chiffre des vénériens reste le même et les oscillations sont complètement parallèles dans les deux sexes.

En 1839 et 1840, parut une ordonnance plus détaillée, et c'est de cette date que le nombre des femmes malades commence un peu à s'élever sans que celui des hommes s'abaisse encore. Enfin, à partir de 1852 à 1855, une réforme complète de la réglementation vient faire sentir ses bons effets qui continuent encore maintenant. J. B.

Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens (Syphilis héréditaire avec gommes de l'appareil biliaire et de l'estomac, par CHIARI (*Centralblatt f. med. Wissensch.*, *n°* 22, 29 *mai* 1886).

Enfant de 3 semaines, qui, durant la vie, présenta un exanthème syphilitique et un ictère accentué. — Absence de troubles digestifs. — A l'autopsie, dans les poumons, noyaux, de la grosseur d'un pois ou d'une noix, de couleur uniforme grisâtre à la coupe. — Foie gros normal, présentant au hile un noyau dur, qui occupait les voies biliaires (canaux et vésicules). — Dans

l'estomac, noyaux isolés, bien limités, faisant une légère saillie dans la lumière, et ayant envahi les trois tuniques de l'estomac. — Dans l'intestin grêle, un grand nombre de noyaux occupent les plaques de Peyer. — La muqueuse du gros intestin présente une infiltration diffuse, avec quelques ecchymoses ; au microscope, structure de la gomme. ADOLPHE LESAGE.

I. — Ueber Hirnsyphilis (De la syphilis cérébrale), par C. GERHARDT et HERXHEIMER (*Berlin. klin. Woch., n° 1, p. 1, 4 janvier* 1886).

II. — Some phases of central syphilis, par Julius ALTHAUS (*New York Acad. of med., 7 octobre* 1886 *et Med. News, 16 octobre* 1886).

III. — Ein bemerkenswerther Fall von Hirnlues (Un cas intéressant de syphilis cérébrale). par L. GOLDSTEIN (*Centralblatt für Nervenheilkunde, 15 mai* 1886).

IV. — Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation (Sur la syphilis cérébrale et sa localisation), par M. ROSENTHAL (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVIII, Heft* 3, *p.* 263, 1886).

V. — De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce, par GAUDICHIER (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Le trait caractéristique des localisations de la syphilis sur l'encéphale, c'est que la substance cérébrale elle-même est à peine atteinte. Les gommes proviennent aussi presque exclusivement des méninges ; mais les blessures du crâne jouent un rôle important dans l'apparition et le siège de ces tumeurs.

Herxheimer a réuni dans sa thèse 27 cas de syphilis cérébrale empruntés à la clinique de Gerhardt; ils concernent 15 hommes et 12 femmes. Dans la clientèle privée de Gerhardt, la prépondérance du sexe masculin est encore plus forte ; sur 15 malades, il n'a compté que 3 femmes.

Outre les fatigues intellectuelles, l'alcoolisme et la vie déréglée, comme causes occasionnelles, Gerhardt fait jouer un grand rôle aux traumatismes et aux émotions vives.

L'apoplexie est un des symptômes les plus communs. Sur 63 cas d'apoplexie traités à la clinique de Wurzbourg (les tumeurs étant éliminées), 22 étaient sous la dépendance d'une syphilis plus ou moins indiscutable. L'apoplexie résulte ordinairement de l'apparition d'une thrombose autochtone venant s'ajouter à un rétrécissement artériel qui s'est lentement développé. Elle est donc annoncée généralement par des prodromes bien plus marqués que ceux des apoplexies sanguines. L'attaque la plus caractéristique est celle qui, après des phénomènes prodromiques, se développe lentement sans perte de connaissance et se répète à de courts intervalles. Elle peut se produire sur le territoire de la branche terminale de la carotide et donner lieu au tableau clinique de l'hémiplégie classique ou bien sur celui de la vertébrale et se traduire par des symptômes bulbaires.

Lorsque les parties paralysées deviennent le siège de contractures, il y a souvent une exagération considérable des réflexes tendineux, signalée par Althaus (voir ci-après).

Les gommes peuvent entraîner les symptômes corticaux les plus variés et les paralysies de nerfs cérébraux les plus diverses, mais elles ne peuvent jamais donner les signes des tumeurs volumineuses, massives, les

violentes céphalalgies générales, avec stupeur profonde, des gliomes par exemple.

La nature protéiforme des accidents est un autre trait pathognomonique de la syphilis cérébrale : au bout de quelque temps, à l'épilepsie succèdent l'apoplexie, ou bien des troubles de l'intelligence, de la mémoire, de la parole, ou l'inverse.

Pour que le traitement soit fructueux, il faut qu'il soit précoce, méthodique et prolongé.

Quant aux résultats du traitement de la syphilis cérébrale, Gerhardt se rallie aux chiffres donnés par Fournier : un tiers de guérisons, une moitié d'améliorations, un sixième de morts. J. B.

II. — Dans cette communication, Althaus étudie le coma et l'hémiplégie syphilitiques. Il a observé huit cas de coma chez des hommes de 25 à 42 ans. Tous avaient des antécédents bien caractérisés ; quatre d'entre eux avaient encore une éruption spécifique. Dans un cas, le coma était survenu 8 mois après l'infection; dans 6 cas entre 3 et 5 ans ; dans 4, après 17 ans. Six avaient souffert antérieurement de vertiges, de convulsions épileptiques. Sur ces 8 malades, Althaus compte 2 morts, 6 guérisons.

Althaus décrit, d'après ces huit observations, les symptômes de ce coma syphilitique dont le diagnostic est assez difficile à établir avec les autres variétés pathologiques (alcoolique, urémique, diabétique). Ce diagnostic repose sur les antécédents, l'âge (relativement jeune) des sujets, l'absence d'hémiplégie, la faible contraction de la pupille, l'apparition brusque du coma pendant la nuit chez un sujet bien portant ; presque toujours il y a, les jours et les mois qui précèdent, de la céphalée, des troubles de la vue, des engourdissements, etc.

Althaus n'a pas pu vérifier les lésions cérébrales par des autopsies, mais il croit que la cause des accidents est une obstruction progressive, par thrombose et artérite de l'artère basilaire. Le traitement doit être énergique et le mercure administré par onctions ou injections sous-cutanées.

L'hémiplégie syphilitique se montre presque exclusivement chez les hommes, 95 0/0, d'un âge relativement peu avancé, entre 18 et 40 ans. Elle n'est pas accompagnée de perte de connaissance, la paralysie est souvent incomplète au début et a une marche progressive.

Elle est souvent précédée de céphalées intenses, avec troubles de la vue. Althaus cite un cas où la paralysie frappe successivement les deux côtés. Il existe, d'après lui, un symptôme pathognomonique de la nature de l'hémiplégie, c'est l'exagération excessive des réflexes tendineux. A. C.

III. — Homme de 34 ans, employé supérieur, qui présenta un an après le chancre une première attaque d'apoplexie légère, puis une nouvelle trois ans après, en même temps que la diplopie et une gène de la marche. — L'année suivante, nouvelles attaques d'apoplexie légères. Six ans après le début de ces manifestations, attaque d'épilepsie partielle, se généralisant ensuite, et enfin délire post-épileptique. Amélioration sous l'influence d'un traitement antisyphilitique énergique. Puis rechute, gangrène du pied droit et mort six mois plus tard. A l'autopsie, aucune lésion en foyer, mais artérite syphilitique très prononcée des vaisseaux du cerveau.

L'auteur insiste sur la difficulté qu'il y avait à ne pas considérer les symptômes comme dus à une lésion en foyer, et spécialement sur l'utilité dans

des cas semblables d'un énergique traitement antisyphilitique ; il considère les bains d'Aix-la-Chapelle comme très favorables. PIERRE MARIE.

IV. — Ce travail est plutôt une contribution à l'étude des localisations cérébrales et bulbo-protubérantielles et des dégénérescences secondaires qu'une étude exclusive de la syphilis cérébrale.

Voici le sommaire des observations qui en sont la base :

1° Syphilomes multiples des circonvolutions frontales antérieures, avec pachyméningite secondaire sans troubles de la motilité. Névralgie faciale;

2° Syphilis congénitale ; artérite oblitérante consécutive; ramollissement des circonvolutions centrales jusqu'à l'avant-coin; épilepsie corticale avec troubles sensitifs et moteurs ; anesthésie du côté de la flexion des membres; aphasie transitoire ;

3° Abcès des circonvolutions centrales après la fièvre typhoïde; épilepsie corticale, avec hémiplégie gauche avec perte de la sensibilité tactile, et retard dans la perception de la douleur et de la température ;

4° Syphilome du volume d'une amande dans la 1[re] et la 2[e] partie du noyau lenticulaire gauche. Pas de phénomènes moteurs;

5° Productions syphilitiques de la moelle allongée, dégénérescence de l'oculomoteur gauche. Hémiplégie, hémianesthésie, parésie faciale, paralysie multiple des muscles de l'œil ;

6° Paralysie nucléaire des muscles oculomoteurs avec phénomènes de polyencéphalite supérieure et inférieure. A. MATHIEU.

V. — Du dépouillement de 414 observations de syphilis cérébrale, l'auteur conclut qu'elle débute surtout dans les quatre années qui suivent le chancre, sa fréquence augmentant constamment de la fin de la 1[re] année au commencement de la 4[e]; elle devient très rare après la 16[e] année, mais peut encore apparaître exceptionnellement au bout de 30, 32 et même 37 ans.

La syphilis cérébrale précoce (survenant dans les 12 ou 15 mois qui suivent le chancre) est presque toujours précédée de céphalalgie et affecte le plus souvent la forme hémiplégique ; l'aphasie y est fréquente, isolée ou associée à une hémiplégie droite ; les paralysies oculaires sont au contraire exceptionnelles, la forme épileptique rare, ainsi que les troubles mentaux. Le traitement produit une amélioration considérable, mais rarement la guérison absolue ; la mort est très rare et les récidives sont fréquentes. GEORGES THIBIERGE.

Kehlkopf-und Lungensyphilis (Syphilis laryngée et pulmonaire), par SCHNITZLER (*Wien. med. Presse, n° 20, p.* 641, 1886).

1° Homme de 30 ans, se présentant à l'auteur en décembre 1878, avec des signes d'induration des deux sommets ; on constate chez lui des cicatrices laryngées et des gommes de la langue. Il a eu en effet un chancre induré en 1874, plus tard des accidents secondaires ; on l'a traité à plusieurs reprises. L'auteur lui conseille de reprendre le traitement ; il s'y refuse et va passer l'hiver à Menton. Nouvel examen en mars 1879; l'état s'est fort aggravé : fièvre, toux, dyspnée, extension des lésions pulmonaires.

Dès ce moment traitement par les frictions pendant deux mois. Les lésions du poumon, du larynx et de la langue diminuent, l'état général s'améliore. Traitement par l'iodure pendant plusieurs mois à Pesth. Guérison complète; la raucité de la voix a même disparu.

En mai 1886, l'auteur apprend du médecin qui continue à surveiller le sujet que la guérison s'est maintenue et que les lésions laryngées et pulmonaires ne se manifestent plus par aucun signe.

2° Fabricant âgé de 40 ans, syphilisé en 1873, traité en conséquence, consultant l'auteur en 1882. — Matité et souffle bronchique au sommet gauche en arrière. Râles disséminés partout. Ulcérations profondes de l'épiglotte et de la corde vocale droite. — Du 26 juillet à la fin d'août, frictions mercurielles. Ce traitement donne des résultats excellents, les lésions pulmonaires sont en voie de guérison. Malheureusement le malade est atteint quelques semaines après de troubles psychiques qui nécessitent son éloignement, puis il entre dans un asile d'aliénés et échappe à l'observateur. L. GALLIARD.

Lues congenita als Ursache schwerer Augenleiden (La syphilis congénitale comme cause d'affections graves de l'œil), par HIRSCHBERG (*Centralb. f. pratk. Augenheilk., avril* 1886).

Un enfant de 16 ans, né d'un père syphilitique, se présente pour une myopie. On constate chez lui, à l'œil gauche, un décollement de la rétine, des troubles du corps vitré, et aux deux yeux un léger staphylôme postérieur. Un traitement approprié améliore la situation de l'œil gauche, lorsque, quatre mois plus tard, se déclare sur cet œil une kératite parenchymateuse diffuse, à marche maligne, malgré un traitement des plus actifs, puis une ulcération cornéenne, laquelle guérit assez facilement. Quatre mois plus tard, la situation de l'œil s'était de nouveau améliorée, lorsque survint sur l'autre œil une kératite moins intense, mais analogue à celle du côté gauche. Sur ces entrefaites, celui-ci dut être énucléé à cause de l'aggravation des symptômes observés (douleurs, glaucome, etc.). La kératite de l'œil droit restant s'aggrave à son tour, malgré des injections sous-cutanées de sublimé, et, enfin, ne cède que sous l'influence d'une iridectomie, qui permet enfin au malade de se servir de son œil.

L'auteur rapporte encore un cas de névro-rétinite et un autre d'iritis chronique, tous deux dus à la syphilis congénitale, et guéris par le traitement spécifique. ROHMER.

Note sur l'albuminurie survenant dans le cours d'accidents secondaires, d'origine syphilitique, par WICKHAM (*Union médiçale, 24 octobre* 1886).

Wickham rapporte quatre observations de valeur différente ; dans les deux premières, il semble prouvé que l'albuminurie était sous la dépendance de la syphilis : elle a été bénigne et a disparu rapidement sous l'influence du traitement mercuriel; dans les deux dernières, il s'agit d'albuminurie *a frigore*, qui a présenté une extrême gravité, et n'a nullement bénéficié du traitement mercuriel; au point de vue anatomo-pathologique, la syphilis rénale de la période secondaire est parfois une néphrite interstitielle. H. L.

Erythantema syphiliticum, par BENNET BRONSON (*The Medical Record, septembre* 1886).

Homme de 40 ans, entré à l'hôpital le 4 mai 1886, avec une éruption inflammatoire aiguë occupant la face, les mains et les pieds : à la face, érythème circonscrit avec vésico-pustules petites ; à la face palmaire des mains et des doigts, érythème rouge sombre nettement limité, état fendillé des ongles ; à la plante des pieds, même éruption qu'aux mains, mais moins étendue ; taches érythémateuses avec petites pustules à leur centre, disséminées sur les cuisses et les jambes. Muqueuses saines. État général passable, un peu d'anorexie, pas de fièvre. L'éruption a débuté sur le corps, il y a six ou sept mois, et sur la face seulement depuis quelques semaines. On ne trouve pas de trace de

syphilis, mais il a été traité, dans ces dernières années, pour cette maladie par Fischer.

Au bout de quelque temps, les pustules devinrent confluentes, tuméfiées, avec suppuration abondante et fétide; puis apparurent bientôt des néoplasies saillantes, semblables à des condylomes, sur la face et le cou. Plus tard, on observa des ulcérations des lèvres, la transformation, sur les membres, de taches érythémateuses en tubercules saillants, avec pigmentation brune. Le traitement mercuriel (onctions et lotions de sublimé) triompha de tous les accidents.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic au début de la maladie, et la compare à cette forme d'érythème polymorphe décrite par Auspitz sous le nom d'érytanthème; il admet que la syphilis peut produire cette éruption. F. BALZER.

Ueber Calomelinjection, par NEISSER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 49, *p.* 818, 7 *décembre* 1885).

A l'exemple de Scarenzio, de Kölliker et de Smirnoff, Neisser a essayé dans sa clinique les injections de calomel pour traiter la syphilis. Voici le résultat de ses expériences :

La cure par les frictions reste, après comme avant, la médication la meilleure et la plus énergique. Si, pour une raison quelconque, on ne peut pas y recourir, c'est aux injections de calomel qu'il faut donner la préférence. Leur valeur dépend de ce qu'elles unissent à l'efficacité la commodité pratique. Leurs inconvénients sont qu'elles sont plus douloureuses que d'autres injections, qu'elles donnent parfois lieu à de vastes plaques d'induration locale et entraînent souvent de la stomatite.

Neisser fait une fois par semaine une injection avec 0,025 à 0,10 de calomel; de 4 à 6 injections de 0,10 de calomel chacune forment une cure.

Neisser a adopté pour ces injections la formule suivante :

Calomel et chlorure de sodium, 5 grammes de chaque; eau distillée, 50; mucilage de gomme arabique, 2,5. J. B.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Quecksilberoxyden (Traitement de la syphilis au moyen d'injections sous-cutanées d'oxyde de mercure), par WATRASZEWSKI (*Centralblatt f. d. med. Wissens.*, *n°* 2, 1886).

Depuis près de deux ans, l'auteur a traité la plupart des cas de syphilis par les injections de calomel. Ces injections ayant été suivies, dans un grand nombre de cas, d'une réaction inflammatoire assez intense, se traduisant par une douleur vive et un gonflement notable, l'auteur a eu l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées de bioxyde ou de protoxyde de mercure, en dissolution dans de l'eau et de la gomme arabique. Il injecte à la fois de 6 à 10 centigrammes. Trois à cinq injections pratiquées à des intervalles de six à huit jours suffisent pour faire disparaître tous les symptômes de la syphilis. Il n'y a aucune réaction ni locale, ni générale, et il y a peu de douleurs. ADOLPHE LESAGE.

Blutserumquecksilber gegen Lues (Sérum sanguin mercuriel contre la syphilis), par RONA (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, *n°* 7, *p.* 290, 1886).

L'auteur s'est conformé aux indications de Bockhart (*R. S. M.* XXVII,

p. 240) en employant la solution de sérum mercuriel à 1,5 0/0, dans 20 cas de syphilis secondaire. Il a fait tous les jours une injection d'un gramme aux fesses, pendant quinze jours au plus. Les injections ont provoqué quelques douleurs, mais jamais d'indurations ni d'abcès. La stomatite est survenue rapidement, après 10 injections en moyenne. En général, les accidents syphilitiques ont paru céder sous l'influence du traitement: aussi l'auteur recommande-t-il l'emploi du sérum mercuriel.

L. GALLIARD.

Kokain als schmerzstillendes Mittel bei der hypodermatischen Syphilisbehandlung (La cocaïne pour combattre les douleurs dans le traitement sous-cutané de la syphilis), par MANDELBAUM (*Monatshefte f. prakt. Dermat., n° 6, p.* 241, 1886).

Pour calmer les douleurs parfois très vives que causent les injections sous-cutanées de cyanure de mercure, l'auteur a recours à la cocaïne. Voici la formule d'une injection :

Eau distillée..............	1 gramme
Bicyanure d'hydrargyre...	0,01 centigramme
Chlorhydrate de cocaïne..	0,05 —

L. GALLIARD.

Ueber die Natur des weichen Schankers (Nature du chancre mou), par FINGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 49, *p.* 818, 7 *décembre* 1885).

Il résulte de ses expériences qu'un pus quelconque emprunté à des efflorescences syphilitiques ou non et inoculé à un individu syphilisé comme à un individu sain peut produire des chancres mous.

Lorsqu'on inocule à un individu sain du pus syphilitique, il se produit d'abord un chancre mou (dû à l'action simplement irritante du pus) qui, ultérieurement, s'indure sous l'influence du virus syphilitique et donne ainsi lieu à un chancre mixte.

Il a été impossible, jusqu'à présent, de dire si le chancre mou est une affection virulente ou uniquement l'effet d'une irritation qui n'aurait rien de spécifique.

Différentes particularités sont contraires à l'idée de la nature virulente du chancre mou. Ce sont d'abord l'absence d'incubation, puis la manière très diverse dont réagissent les différentes régions du corps soumises à l'action du pus chancreux, enfin le fait que c'est au début de la pustulation que la virulence du pus est à son maximum.

Aussi, pour Finger, qui est un dualiste décidé, le chancre mou est le produit de la transmission d'un pus irritant sur des portions de téguments et de muqueuses suffisamment irritables. J. B.

De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou, par H. CRIVELLI (*Archives de Médecine, avril et mai* 1886).

Crivelli a entrepris une série d'inoculations pour arriver à trancher la question de l'existence ou de la non-existence du bubon chancreux. Il s'est entouré de toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

Il a observé 6 faits dans lesquels un bubon est devenu chancreux à l'abri de tout contage extérieur, après avoir été incisé avec des soins antiseptiques rigoureux et recouvert d'un pansement occlusif, sévèrement

surveillé. Il faut donc admettre l'existence du bubon primitivement et spontanément chancreux. Il reste à expliquer pourquoi le bubon est primitivement virulent dans quelques cas et ne l'est pas dans d'autres.

Dans les expériences faites sur les bras des malades, lorsque l'inoculation était positive, le chancre mou était large et profondément excavé dans tous les cas. Ces larges chancres mous du bras ne s'accompagnaient jamais d'adénopathie axillaire.

L'auteur a observé un certain nombre de fois, chez ses malades (5 fois), des douleurs articulaires apparaissant en dehors de tout antécédent rhumatismal. Jamais d'ailleurs les articulations n'ont été gonflées et rouges. Il n'y a jamais eu de fièvre, et le cœur a toujours été indemne. S'agit-il là d'une arthralgie vulgaire, ou d'un rhumatisme dû à une infection générale de l'économie?

Les documents apportés à l'appui de ce travail consistent en 63 observations. Les 63 bubons ont tous été inoculés immédiatement après leur ouverture; 3 inoculations seulement ont été positives. Sur 48 réinoculations, 3 ont été positives et 45 négatives : ce qui donne un total de 111 inoculations dont 105 ont été négatives et 6 seulement positives, 3 immédiatement et 3 tardivement.

Ces résultats se rapprochent de ceux de G. Humbert qui, sur 33 inoculations, a eu 31 résultats négatifs et 2 positifs (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 241, 618).

RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude des gonocoques, par Max BOCKHART (*Monatsh. f. prakt. Dermat., octobre* 1886).

Après avoir décrit son procédé de culture, qui consiste surtout dans l'emploi d'un bouillon d'agar-agar mélangé avec du sérum, de préférence humain, l'auteur formule les propositions suivantes :

1° Les gonocoques arrivent, après le rapport infectant, en contact avec l'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire; ils trouvent là un terrain favorable et se multiplient sur la surface humide de la muqueuse;

2° Bientôt ils pénètrent entre les cellules épithéliales et s'avancent vers le corps papillaire; chemin faisant, ils dissocient la couche épithéliale et amènent l'élimination d'un grand nombre de ses éléments; il en résulte la formation de petites lacunes qui peuvent s'étendre jusqu'à sa partie la plus profonde. Dix-huit heures au plus après l'infection, les parasites ont pénétré au-dessous de l'épithélium et abordé le corps papillaire; la muqueuse sécrète un liquide transparent dans lequel on ne trouve que des cellules épithéliales et des gonocoques libres ou reposant sur ces cellules;

3° Les gonocoques en rapport avec le corps papillaire y provoquent des troubles de vascularisation; il commence à se faire une émigration de globules blancs dont quelques-uns s'incorporent des gonocoques, pour les détruire, si l'on en croit Metschnikow. La sécrétion devient séro-purulente; un petit nombre de gonocoques forment des amas dans les globules de pus, la plupart sont libres ou supportés par les cellules épithéliales;

4° Les parasites pénètrent dans les fentes lymphatiques du corps papillaire et dans les parties profondes de la muqueuse; ils s'y multiplient rapidement et en grande quantité. L'organisme réagit alors énergi-

quement et les globules blancs émigrent en masse; ils constituent à ce moment la plus grande partie des éléments excrétés. Les gonocoques ne s'éliminent à cette période qu'en faible quantité; ils sont incorporés aux globules blancs;

5° Les éléments épithéliaux disparaissent de l'exsudat; la muqueuse étant devenue plus lâche, les globules blancs peuvent plus facilement entraîner les gonocoques. La pénétration rapide des parasites dans la profondeur du revêtement épithélial rend illusoire et inefficace la pratique des injections abortives. Elles ne pourraient avoir d'action que si on les faisait un quart d'heure après le rapport infectant. H. HALLOPEAU.

Die Microorganismen der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen « Gonococcus Neisser » (Les micro-organismes de la blennorragie des muqueuses), par E. BUMM (*Wiesbaden*, 1886).

Bumm conclut de ses recherches, faites chez la femme et le nouveau-né, que ni la forme de diplocoques ni leurs dimensions ni leurs réactions colorées ne sont des caractéristiques du gonocoque de Neisser, car Bumm a décelé, dans l'atmosphère et dans les sécrétions vaginales, 5 espèces morphologiques très semblables.

Mais on possède dans les cultures un moyen très facile pour les distinguer les unes des autres, car toutes les 5 prospèrent sur la peptone de gélatine, tandis que les gonocoques ne croissent pas sur ce terrain, et, même sur le sérum sanguin, à la température de 32 à 35°, ne forment que de petites cultures à peine visibles et qui périssent rapidement. C'est cette difficulté de les cultiver qui explique beaucoup d'inoculations infructueuses, car il est très vraisemblable que les expérimentateurs n'ont pas obtenu des cultures pures de gonocoques.

Parmi toutes ces espèces de bactéries, seul le gonocoque possède la faculté de pénétrer dans le protoplasma cellulaire et de s'y multiplier. C'est là un caractère absolument pathognomonique. Aussi, dès qu'on aperçoit à l'intérieur de globules de pus des diplocoques groupés en amas autour des noyaux, on peut affirmer sans crainte qu'il s'agit d'une affection contagieuse d'une muqueuse. J. B.

The gonococcus in a case of gonorrhœal arthritis, par R. HALL (*New York med. Journ.*, *p.* 335, 1886).

Au cours de la cinquième semaine d'une urétrite à écoulement abondant, épanchement chaud et douloureux dans le genou gauche, avec périostite subaiguë des os du tarse à droite. L'aspiration permet de retirer du genou quatre onces d'un liquide presque clair, mais qui, au bout de quelques heures, forme au fond d'un tube stérilisé un dépôt floconneux. L'examen de ce dépôt, pratiqué avec les précautions convenables, montre des cellules épithéliales larges et plates, ainsi que des leucocytes, et dans ces éléments des micrococci présentant le groupement caractéristique et la forme en diplocoques des gonococci de Neisser. Des inoculations faites sur la gélatine peptonisée, faute d'agar-agar, restèrent stériles, ainsi que dans les faits du même genre déjà publiés. Avec les deux faits de Petrone, et le fait de Kammerer, ce serait le quatrième cas constaté d'arthrite blennorragique due à la présence de gonococci dans l'exsudat articulaire. A. CHAUFFARD.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

The relationship of marriages of consanguinity to mental unsoundness (Du rapport des mariages consanguins avec les maladies mentales), par SHUTTLEWORTH (*J. of mental Science, p.* 353, *octobre* 1886).

Beaucoup d'auteurs ont prétendu que les mariages consanguins étaient moins féconds que les autres, et qu'ils donnaient lieu, chez les descendants, à des symptômes de dégénérescence tels que surdi-mutité, imbécillité, etc. D'autres ont nié cette influence, affirmant que les mariages consanguins n'étaient préjudiciables pour les enfants que lorsque deux tares identiques se trouvaient réunies. Shuttleworth cite les opinions contradictoires des différents médecins français ou anglais et expose le résultat de son expérience personnelle. A l'asile de Lancastre, il a pu avoir des renseignements précis sur 900 de ses malades. Parmi eux, il y en avait 52 qui étaient nés de mariages consanguins, mais dans 6 cas il y avait deux enfants issus des mêmes parents. Il restait donc 46 mariages consanguins. — Proportionnellement, pour 100 imbéciles, il y en aurait 5,1 issus de mariages consanguins, et, sur ce nombre, 2,9 issus de cousins germains. Les mariages consanguins ne produisaient pas moins de 5 enfants. Enfin sur les 26 cas de mariage entre cousins germains, il y eut 16 fois d'autres causes capables de produire l'idiotie. Somme toute, les mariages entre cousins germains produiraient plus d'idiots que les autres mariages. Il faut donc s'en méfier, mais non les défendre d'une manière absolue : ce sont les conditions individuelles qui devront faire pencher la balance. DESCOURTIS.

De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par DÉRICQ (*Thèse de Paris*, 1886).

Chez un grand nombre d'aliénés, il est impossible de rattacher à une même maladie toutes les manifestations morbides simultanément ou successivement apparues. Réduites à leurs éléments constitutifs, elles montrent, les unes, qu'elles sont d'origine toxique, les autres, qu'elles sont sous la dépendance de l'épilepsie ; celles-ci ont révélé l'existence d'un délire chronique ; celles-là, un état mental caractéristique d'une dégénérescence intellectuelle, etc. Grâce à leurs différences radicales, ces délires vivent côte à côte, pour ainsi dire, se superposent, se masquent réciproquement, se mélangent quelquefois, mais ne se combinent jamais. Il y a bien là une réalité clinique, basée sur des faits nombreux. Il suffit d'une observation attentive pour en reconnaître l'existence. D'ailleurs la connaissance exacte de ces faits est très utile en médecine légale, ainsi que pour le pronostic et le traitement des maladies mentales.

DESCOURTIS.

Manie rémittente, double forme, épilepsie larvée, par DOUTREBENTE (*Ann. méd. psych.*, *p.* 177, *septembre* 1886).

La forme élémentaire, primitive, la plus simple de l'épilepsie larvée (en dehors des variations du caractère), serait la folie périodique ou à double forme à intervalles lucides, longs et sérieux, que l'on peut désigner sous le nom d'intermissions. — Dans un état plus prononcé et plus grave, les périodes de lucidité deviennent peu à peu et progressivement moins nettes, moins parfaites, la forme intermittente disparaît pour faire place à la manie rémittente. — Les grandes attaques d'épilepsie arrivent enfin, et avec leur répétition successive, survient, plus ou moins rapidement, la déchéance intellectuelle. — Le traitement curatif a plus de chances de succès, s'il est institué au début de la maladie; ce qui revient à dire qu'il devient peut-être inutile quand l'épilepsie n'est plus larvée.

DESCOURTIS.

Ueber Psychosen von seltener Ætiologie (Deux causes rares de la folie), par A. PICK (*Berlin. klin. Woch.*, *XXII*, *n°* 40, *p.* 643).

1° *Des troubles mentaux consécutifs à l'action du froid.* — C'est à peine si les traités de maladies mentales en mentionnent la possibilité. Cependant les premières observations de ce genre remontent à Sauvages (*Nosologie*, III, 1re partie, p. 377). Durant la retraite de Russie, Larrey a observé des cas de manie aiguë; Parry, dans ses voyages au pôle Nord, a noté des faits analogues.

Reich (*Berlin. klin. Woch.*, 1881, n° 8) relate 4 cas de folie transitoire chez des enfants qui s'étaient exposés plusieurs heures à l'action d'un froid vif. Les troubles consistaient en hallucinations terrifiantes et furent suivis d'amnésie au réveil.

Brush (*Americ. Journ. of Insanity*, juillet 1882) a publié l'observation d'un boucher, âgé de 23 ans, pris pendant 24 heures d'un accès maniaque, dans les mêmes circonstances.

Ball (*R. S. M.*, XVIII, 223) a rapporté à la même cause un cas de démence aiguë qu'il interprète par l'ischémie cérébrale.

Ce sont là toutes les observations que Pick a trouvées dans la littérature médicale. Celle qu'il publie concerne une femme de 49 ans, sans hérédité psychique, qui après avoir pendant 2 jours, à une température de 5 à 7 degrés Réaumur au-dessous de 0°, travaillé à casser de la glace, fut prise de manie qui aboutit à la démence.

2° *Folie consécutive à la fulguration.* — L'émotion occasionnée par la chute de la foudre n'est signalée comme cause d'aliénation mentale que par Bucknill et Tuke (*Manual*, 1879), qui relatent un cas de monomanie de suicide passagère, sans autre trouble de l'intelligence.

Voici le résumé de l'observation de Pick : Femme de 51 ans, sans tare héréditaire, d'esprit parfaitement sain jusqu'il y a 2 ans où le tonnerre tomba sur sa maison, l'incendia en occasionnant la mort de son mari et sa propre ruine. Cette femme elle-même avait eu un soulier brûlé par l'éclair et avait été renversée sans connaissance sur son lit. Durant un certain temps, elle conserva de la surdité et des bourdonnements d'oreilles, puis elle présenta tous les signes du délire de persécution.

J. B.

On the appetite in insanity (De l'appétit dans la folie), par **CAMPBELL** (*Journal of mental sc., p.* 193, *juillet* 1886).

Les paralytiques généraux sont voraces. Les épileptiques le sont également, mais à un moindre degré. Les maniaques chroniques le sont aussi parfois. Les lypémaniaques, au contraire, n'ont pas d'appétit. — Dans certains cas de manie, les troubles intellectuels sont si intenses qu'ils font disparaître le sentiment naturel de la faim. Dans d'autres cas d'excitation violente, le malade parle si vite qu'il ne prend pas le temps d'avaler ses aliments. D'autres fois encore, l'excitation est telle qu'elle semble s'opposer à l'absorption par l'estomac et les intestins. — Chez les masturbateurs, la voracité est extrême, et coïncide avec une maigreur persistante. — Enfin il existe, dans plusieurs formes de folie, une perversion du goût qui porte les malades à avaler toute sorte de choses répugnantes et indigestes. DESCOURTIS.

Allgemein-pathologische Beobachtungen ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Unreinlichkeit der Geisteskranken (Considérations de pathologie générale sur le développement et la signification du gâtisme chez les déments, par **LINDENBORN** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 2, *p.* 322).

A l'exemple de Schüle, l'auteur classe les déments atteints de gâtisme en deux groupes : les gâteux simples, et ceux qui ne laissent pas seulement aller leurs matières sous eux, mais les font servir à toutes sortes d'actes malpropres qui blessent les plus élémentaires convenances (Schmierer, gâteux barbouilleurs). Ce sont ces derniers que l'auteur a surtout en vue dans son travail, qui débute par une analyse psycho-pathologique des divers actes qui sont du ressort du gâtisme et qui sont subdivisés en trois groupes : ceux qui sont en rapport avec des processus d'irritation psychomoteurs (centrifuges) ; ceux qui dépendent de processus sensitifs périphériques ou de processus psychosensitifs (centripètes) ; enfin ceux qui sont en rapport avec des processus exclusivement psychiques (intra-centraux).

Après avoir passé en revue les opinions des principaux psychiatres de l'Allemagne sur cette question un peu naturaliste de pathologie mentale, ce qui l'amène à faire ressortir l'influence fâcheuse de l'isolement intempestif et trop prolongé sur le développement du gâtisme, l'auteur expose ses idées sur la prophylaxie et le traitement de cette triste complication de la démence. Cette dernière partie du mémoire sera lue avec intérêt par les médecins appelés à donner des soins à des déments. E. RICKLIN.

Sur la curabilité de la démence, par **KOWALEWSKI** (*Ann. méd. psych., p.* 40, *juillet* 1886).

L'auteur, envisageant la démence à un tout autre point de vue que la majorité des aliénistes, considère qu'elle peut être guérie quand elle est consécutive à une lypémanie (mélancolie) ou à une manie. Ces malades conserveraient, même après la guérison, un certain cachet d'abattement et de lenteur psychique. Les travaux des champs, et, en général, tous les travaux pénibles et en plein air, sont des moyens très importants pour

faciliter la guérison des déments. Sur ce point particulier, il est d'accord avec Lunier, en affirmant la nécessité de construire pour ce genre de malades des établissements spéciaux, dans le genre de fermes. Enfin si la démence a pour base une hérédité psychopathique, la possibilité de guérison n'existerait presque pas, comme, par exemple, dans l'épilepsie. DESCOURTIS.

Des granulations de l'épendyme des ventricules de l'encéphale, par BRUNET (*Ann. méd. psych., p.* 54, *juillet* 1886).

On accorde généralement une grande valeur à la présence des granulations épendymaires, dans les ventricules du cerveau, et en particulier dans le quatrième. Joire est allé jusqu'à rattacher la paralysie générale à ces seules granulations. Sans s'avancer aussi loin, Luys, Magnan, Mierzejeswki, etc., considèrent ces granulations comme une des lésions les plus importantes de la paralysie générale. Au contraire, pour Brunet, elles n'ont rien de spécifique. On les trouve dans la manie chronique, l'hydrocéphalie, la démence épileptique. Bien plus, elles manquent dans certains cas de paralysie générale. D'une manière générale, elles seraient en rapport seulement avec l'épaississement et l'opalescence des membranes viscérales du cerveau, l'atrophie de cet organe, et l'hypersécrétion du liquide sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire. DESCOURTIS.

Physiologie des hallucinations. Les deux théories, par BAILLARGER (*Ann. méd. psych., p.* 19, *juillet* 1886).

Baillarger combat la théorie psychique des hallucinations et invoque les arguments suivants en faveur de la théorie psycho-sensorielle. 1° Dans certaines illusions des sens qui constituent en réalité de véritables hallucinations, on voit les images s'objectiver à l'occasion d'excitations sensorielles venues du dehors ; 2° quand les hallucinations surviennent, alors qu'il y a une maladie ou une simple fatigue de l'organe sensoriel, personne ne songe à mettre en doute l'influence de l'excitation sensitif des centres ; 3° les hallucinations que provoquent certains agents toxiques ou des émotions très vives sont souvent précédées ou accompagnées de phénomènes purement sensoriels. Enfin beaucoup de faits tendent à démontrer que les appareils sensoriels sont souvent le siège de troubles circulatoires dont on n'a nulle conscience, et qui peuvent expliquer les cas d'hallucination qui ne rentrent pas dans les trois catégories indiquées plus haut. DESCOURTIS.

Psychische Störungen bei chronischer Nephritis (Troubles psychiques dans la néphrite chronique), par KLEUDGEN (*Deutsche med. Woch., n°* 26, *p.* 445, 1886).

Voici deux observations de folie brightique qu'on avait primitivement confondue dans un cas avec la paralysie générale, dans l'autre avec la folie périodique, fréquente chez les cardiaques.

1° Employé de chemin de fer, âgé de 43 ans, alcoolique, ayant depuis quelques années de la céphalée, un affaiblissement notable de la mémoire et une singulière paresse intellectuelle. Neuf semaines avant d'entrer à l'hôpital, accès caractérisé par des troubles de la parole, des hallucinations, du délire et une perte de connaissance passagère.

Même accès le lendemain de l'admission.

Au bout de quelques jours, on constate la pâleur du malade, le rétrécissement de la pupille gauche, l'affaiblissement de la vue, le ralentissement de la parole, de l'écriture et de la marche. Le malade a perdu le souvenir de ses attaques. Ces signes avaient fait penser précédemment à la paralysie générale; mais l'urine contient une grande quantité d'albumine.

Pendant quelques semaines, le malade est fort amélioré, puis surviennent des accès de délire avec hallucinations, troubles de la parole, impossibilité d'écrire, palpitations, accélération du pouls. Mort après deux mois de souffrances. Pas d'autopsie. Cependant la néphrite chronique paraît certaine.

2° Officier de 60 ans, atteint d'hypertrophie cardiaque ancienne avec complications pulmonaires et anasarque. L'auteur fait le diagnostic de mal de Bright. Hypochondrie, irritabilité, aspect de paralytique général. Accès fréquents, perte de connaissance. Mort. Pas d'autopsie. L. GALLIARD.

De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques, par LANGLE (*Thèse de Paris*, 1886).

Le phénomène de l'arrêt intervient dans les actes psychiques, aussi bien que dans les actes bulbo-médullaires. En pathologie mentale, on peut donc, à côté de l'impulsion, automatisme qui pousse à l'acte, décrire l'inhibition, automatisme qui empêche l'acte. Cependant, au point de vue clinique, on doit distinguer l'aboulie de l'inhibition. L'aboulie est le non-vouloir; l'inhibition serait le non-pouvoir à proprement parler. D'ailleurs, les inhibitions et les impulsions coexistent souvent chez un même malade. — Pour prouver la réalité de ces faits, l'auteur a réuni un grand nombre d'observations intéressantes, fixant le rôle de l'inhibition physiologique ou normale, et celui de l'inhibition anormale ou pathologique. Il y a là plus qu'une simple vue hypothétique; c'est la réalité éclairée par la physiologie expérimentale et la clinique. DESCOURTIS.

Zur Pathologie des Gedaechtnisses (Contribution à la pathologie de la mémoire), par A. PICK (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 1, *p.* 83, 1886).

Pick publie l'observation d'une femme qui, vivant dans une condition médiocre, présenta, à la suite d'une couche, des troubles psychiques reproduisant assez bien les caractères de l'amnésie progressive. Seulement, à un moment donné, la perte de la mémoire s'atténua, et cette amélioration suivit également une marche progressive et typique : les idées de souvenir les plus anciennes, celles qui par conséquent se présentent le plus souvent à l'esprit, ont été les premières à se réveiller dans la mémoire, comme elles avaient été les dernières à s'effacer. Enfin, cette femme a présenté le phénomène désigné par Wernicke sous le nom d'*asymbolie :* l'impossibilité de s'orienter dans l'espace au sortir du lit, et Pick s'attache à démontrer que cette asymbolie n'est qu'une modalité de l'amnésie portée à un très haut degré. E. RICKLIN.

On the state of the knee-jerk and the occurence of foot clonus after epileptic attacks (Sur l'état du réflexe rotulien et de clonus du pied après les attaques épileptiques), par James OLIVER (*Edinb. med. journ. CCCLXXV, p.* 209, 1886).

L'auteur a recherché quel était l'état du réflexe rotulien après les attaques d'épilepsie; il a recherché aussi la présence ou l'absence du

phénomène du pied dans les mêmes circonstances. En règle générale, le réflexe tendineux reste normal, le phénomène du pied existe quelquefois, sans relation d'intensité évidente avec le réflexe rotulien; il n'est guère observé que pendant cinq à six minutes après l'attaque. On peut le constater après des crises de petit mal. A. M.

Note sur un cas d'épilepsie avec conscience, par BALL (*Encéphale, n° 4, p.* 427, 1886).

On admet généralement, avec Mesnet, que l'amnésie, pendant les accès, est la marque distinctive de l'épilepsie. Ball croit cependant que dans un petit nombre de faits il n'en est pas ainsi : la mémoire n'est pas abolie pendant la crise. Ce fait aurait une importance capitale, car tel acte criminel pourrait avoir été commis dans un accès d'épilepsie, quoique le malade en ait eu conscience et en eût conservé le souvenir. L'auteur cite l'observation d'une malade atteinte d'épilepsie avérée, dont les crises comprenaient des accès convulsifs (grand mal), des absences (petit mal), enfin un délire d'action. C'est aux attaques de cette dernière catégorie seulement que s'appliquait la conservation des souvenirs. DESCOURTIS.

Epilepsie und Verrücktheit, Casuistische Beitraege (Epilepsie et démence. Contributions cliniques), par Pericles VEJAS (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk*, *Band XVII, H.* 1, *p.* 118, 1886).

Vejas publie quatre observations d'épilepsie, compliquée de psychose.

Dans les deux premiers cas, les accès d'épilepsie ne se sont plus reproduits après qu'eût éclaté la psychose (délire des grandeurs et des persécutions); toutefois le second malade continua d'être sujet à des auras (accidents vertigineux), mais il lui suffisait de se réfugier à l'ombre pour échapper à l'attaque imminente. Chez une troisième malade, les accidents psychiques sont survenus à une époque où les attaques d'épilepsie remontaient déjà à une date lointaine : d'abord insomnie, avec dépression psychique et anxiété, plus tard délire érotique aux moments des époques menstruelles, agitation et insubordination qui nécessitèrent son isolement. Les accidents psychiques s'exaspéraient à la suite des attaques d'épilepsie. La quatrième observation concerne un jeune homme qui depuis sa première enfance avait présenté des singularités de caractère. La première attaque d'épilepsie était survenue après une séance de masturbation. A la suite de cette première attaque convulsive il a éprouvé des hallucinations de la vue. Les accidents convulsifs se sont reproduits pour disparaître à la longue, tandis que le patient passait par des phases d'excitation à la suite desquelles il présentait de l'amnésie. Chez ce malade, l'épilepsie et la psychose ont évolué concomitamment, étroitement fondues l'une dans l'autre. F. RICKLIN.

The treatment of epilepsy by ligation of the vertebral arteries, par L. GRAY (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 187, 14 *août* 1886).

L'opération pratiquée 6 fois à Chicago a donné: 1 guérison définitive, 2 guérisons temporaires; sans bénéfice dans 2 cas, elle a entraîné une fois la mort; un résultat est inconnu. Gray recommande de lier l'artère vertébrale aussi haut que possible (de préférence entre l'atlas et l'axis), et de comprendre dans la ligature les filets sympathiques qui accompagnent le vaisseau. Si on connaissait le côté du cerveau le premier atteint, on lierait l'artère de ce côté; si la lésion était bilatérale, on lierait les 2 verté-

brales. Brower, dans un cas où l'artère avait été liée d'un seul côté, observa du collapsus et ne put lier, comme il se le proposait, l'autre vertébrale: les bénéfices de l'intervention furent très minimes.

Christian Fenger a lié les 2 vertébrales sans observer le moindre trouble cérébral; dans un cas, il a lié la vertébrale entre l'occiput et l'atlas. MAUBRAC.

Some certainties in the therapeutics of epilepsy, par C. L. DANA (*New York med. Journ.*, 24 *avril* 1886).

Le travail de Dana résume sous une forme presque aphoristique les conclusions auxquelles en pratique est arrivé l'auteur.

Le régime alimentaire, l'exercice musculaire, le traitement hygiénique, les bains, doivent occuper la première place dans la thérapeutique de l'épilepsie.

Les bromures ne viennent qu'au second rang; ils ont une action sensiblement équivalente entre eux.

Les accès supprimés, on doit réduire peu à peu les doses du médicament, mais ne pas l'interrompre avant 2 ans écoulés depuis la dernière crise.

Les bromures arrêtent les accès dans 5 à 10 0/0 des cas; dans une plus forte proportion chez les enfants, ou dans les cas où l'administration en est précoce. Ils diminuent le nombre des accès dans 80 à 85 0/0 des cas. Ils ne font ni bien ni mal au point de vue de la fréquence des accès, dans 5 à 10 0/0 des cas; mais bien plus souvent ils ne font aucun bien réel aux patients.

Dans l'état de mal épileptique, les lavements de chloral, les éméto-cathartiques, la saignée même, sont souvent utiles. La morphine est dangereuse, le chloroforme n'est qu'un palliatif, le nitrite d'amyle est de peu de valeur.

La seule intervention opératoire qui semble parfois être rationnelle et avoir donné des succès est le trépan; on la pratique de plus en plus en Amérique, puisque l'on en compte 2 cas seulement de 1850 à 1860; 17 cas de 1860 à 1870, et 28 cas de 1870 à 1882. A. CHAUFFARD.

Zur Behandlung resp. Niederhaltung des Selbstverstümmelungstriebergeistes gestörter Individuen (Sur un moyen de contention des aliénés qui cherchent à se mutiler), par RABOW (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1er *juin* 1886).

L'auteur a employé avec succès et recommande un moyen qu'il a emprunté à la pratique de quelques chirurgiens anglais lorsqu'ils désirent qu'un malade opéré de cataracte ne porte pas les mains à ses yeux. Ce moyen consiste à immobiliser la jointure du coude en extension, soit par un cylindre de carton, soit par un bandage avec attelles, soit par un appareil amovo-inamovible. On conçoit en effet que les malades ne puissent alors faire de leurs membres qu'un usage très modéré qui ne leur permet de se livrer à aucune mutilation. Ce moyen a le grand avantage d'être très simple, facile à appliquer même d'une façon extemporanée et de ne présenter notamment aucun des inconvénients de la camisole de force ou des entraves usitées en pareil cas. L'auteur rapporte quelques cas où ce mode de contraction lui a parfaitement réussi.

Il l'a employé avec un égal succès chez un jeune homme sujet à des accès de somnambulisme qui était fort effrayé des accidents graves auxquels pouvaient l'exposer ses courses nocturnes, mais cette fois c'est à l'articulation du genou que fut appliqué le bandage; lorsque le malade voulait se lever dans son sommeil, il ne pouvait marcher, et n'avait plus ainsi aucun danger à craindre.

PIERRE MARIE.

MÉDECINE LÉGALE.

I. — Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, par A. DAMBRE (*Bruxelles*, 1885).

II. — Traité de médecine légale de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, Georges BERRYER et Gabriel POUCHET (*Paris*, 1886).

III. — Précis de médecine légale, par Ch. VIBERT (*Paris*, 1886).

I.—La première édition de l'ouvrage de Dambre remonte à 1859 ; celle-ci (la 3e) est revue par « un professeur ». D'après l'auteur, la médecine légale est l'*expression des rapports que les sciences médicales et naturelles peuvent avoir la avec justice et la législation*. Le côté original du traité de Dambre, c'est l'étude parallèle des lois et de la jurisprudence, au point de vue médico-légal, en France et en Belgique. Ce dernier pays, on le sait, a emprunté à la France les bases de sa législation ; mais depuis lors il nous a devancés sur différents points, ou s'est refusé à nous suivre sur d'autres. Ainsi, par exemple, un décret du commencement du siècle règle encore actuellement les honoraires des experts français, tandis que leurs collègues belges, plus favorisés, ont un tarif du 18 juin 1853.

II. — L'œuvre de Legrand du Saulle et de ses deux collaborateurs peut, encore mieux que la précédente, revendiquer le titre de traité ; elle comprend, en effet, 1,680 pages imprimées en texte assez fin sur un grand format. C'est un tiers de volume en plus que la première édition de 1874. Les augmentations portent surtout sur l'historique de la médecine judiciaire, sur les attentats aux mœurs, sur l'adjonction de nombreux cas médico-légaux, sur la déontologie, enfin et surtout sur la toxicologie, qui est traitée ex professo par G. Pouchet en 250 pages. Pour Legrand du Saulle, la médecine légale consiste dans l'application des sciences médicales à l'étude et à la solution de toutes les questions spéciales que peuvent soulever l'institution des lois et l'action de la justice. Legrand du Saulle s'est ingénié à suivre un plan méthodique : prenant l'homme à sa naissance, il le suit jusqu'après sa mort, dans les recherches cadavériques. Mais ce qu'il faut louer, c'est le résumé final de chaque chapitre, où l'on trouve, condensées sous un petit nombre de propositions, les questions les plus importantes et les solutions admises en pratique.

III. — Tout autre est le caractère du *Précis* de Vibert, qui a voulu se borner à réunir les renseignements nécessaires au médecin praticien

pour résoudre les problèmes médico-légaux qui peuvent se présenter à lui presque chaque jour ; c'est donc un livre d'enseignement plutôt que d'érudition. Après une introduction dans laquelle Vibert expose le rôle du médecin légiste et la manière de procéder aux expertises, viennent, sur un plan rappelant celui d'Hofmann, par exemple, quatre sections consacrées, la première aux attentats à la vie et à la santé, la seconde à l'instinct sexuel, la suivante à l'identité, et la quatrième à l'aliénation. Chacune de ces sections est subdivisée en chapitres; c'est ainsi que la première renferme l'étude des signes de la mort et la façon de procéder aux autopsies médico-légales, les causes de la mort subite, de l'asphyxie, des blessures, etc. Enfin, un appendice donne les points essentiels de la législation et de la jurisprudence médicales. J. B.

I. — Sur un cas de momification d'un cadavre, par ANDOUARD. Applications médico-légales, par BROUARDEL (*Bullet. de l'Ac. de méd.. t. XV*, nº 24).

II. — Un nouveau cas d'application de l'entomologie à la médecine légale, par J LICHTENSTEIN, A. MOITESSIER et A. JAUMES (*Ann. d'hyg, publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIII*, 121).

I. — Il s'agit d'une femme de 29 ans, assassinée dans les premiers jours d'août 1884, et qui séjourna pendant plus d'un an dans le lieu où elle avait été massacrée, sans que sa présence y fût soupçonnée par personne. Au moment où on la découvrit, le corps était dans un état de conservation si remarquable que la justice se demanda si la dessiccation n'avait pas été facilitée par l'emploi d'agents antiseptiques. L'expertise fut absolument négative à cet égard.

En dehors des lésions du crâne et des mains, la surface du corps n'offrait d'autres désordres que ceux qui sont la suite d'un commencement de putréfaction. La peau avait la sonorité des tissus desséchés sans avoir été altérée par la fermentation putride. Sa teinte variait du jaune pâle au brun foncé. Quant aux organes internes, ils étaient presque complètement détruits par la fermentation ou dévorés par les larves des mouches carnassières.

Brouardel, assisté de Mégnin, a procédé à l'examen d'une des jambes du cadavre. Cette jambe, d'une légèreté extrême, ne pesait que 860 grammes. L'incision de la peau fait voir qu'au-dessous d'elle il n'y a plus ni tissu musculaire, ni vaisseaux, mais une substance fibrillaire très ténue, analogue à de l'amadou. L'examen microscopique de ce tissu préalablement lavé montre qu'il est constitué presque exclusivement par des fibrilles et des lames desséchées du tissu conjonctif, dans lequel on distingue les filets nerveux également desséchés, et quelques rares débris de fibres musculaires.

Quant à la poussière interposée entre les fibrilles, elle était constituée entièrement par les cadavres de myriades d'acariens à tous les âges, par des coques vides de leurs œufs et leurs déjections. L'étude de ces cadavres a permis de distinguer cinq espèces : le *Tyroglyphus siro*, le *Tyroglyphus longior*, le *Cœpophagus œchinopus*, un Uropode d'espèce nouvelle que sa forme ronde et plate permet de désigner sous le nom d'*Uropoda nummularia*, enfin le *Cheyletus eruditus*. Les quatre premières espèces sont des dévorants des matières organiques mortes; quant au cheylète, il est destructeur d'acariens.

Brouardel rapporte deux autres observations qui montrent l'utilité des renseignements fournis par l'étude des acariens.

Dans le premier cas, il s'agit du cadavre d'un enfant de 7 à 8 ans, lequel avait été envahi par le *Sarcophago laticrus* et la *Lucilia cadaverina*. Les larves de ces diptères se développent très rapidement et, lorsque le froid

arrive, leurs métamorphoses sont arrêtées. C'est ce qui avait eu lieu chez le sujet en question. Mais, au retour du printemps, il avait été envahi par les *dermestes*, dont on retrouvait un nombre de dépouilles assez considérable. Puis étaient venus les anthrènes et les acariens du genre tyroglyphe, dont les nombreuses générations avaient mis encore plusieurs mois à se développer. D'où cette conclusion qu'il s'était passé deux belles saisons consécutives depuis la mort de l'enfant, laquelle devait en conséquence remonter à deux ans au minimum. Cette conclusion a été pleinement confirmée par les aveux de la mère de la victime.

Dans le second cas, l'examen a porté sur la momie d'un enfant nouveau-né. Ici l'extrême rareté des diptères du groupe des sarcophagiens montrait que l'époque de la mort remontait à une saison où ces insectes sont très rares (hiver ou fin de l'hiver). D'autre part, l'abondance des *Phora*, qui n'envahissent les matières en décomposition que quand elles sont à moitié desséchées, indiquait que, quand la belle saison où elles pullulent était arrivée, la dessiccation du cadavre de l'enfant, dejà très avancée, avait continué pendant le reste de cette saison sous l'influence de ces diptères. Enfin la rareté des acariens, l'absence de dermestes et d'anthrènes, qui sont particulièrement des travailleurs de la seconde année, montrait que cette deuxième année n'était pas encore commencée. D'où cette conclusion que la mort ne remontait pas à plus d'un an. Le fait a encore été confirmé par les aveux de la coupable.

Dans une autre circonstance plus récente, c'est l'existence d'un nid de fourmis et de bulbes de lis enfouies, qui a permis de déterminer depuis combien de temps des ossements humains avaient été enterrés dans un jardin.

Ces faits indiquent une voie nouvelle qui permet d'éclairer le mode de destruction des cadavres dans certaines conditions déterminées, et de fournir à la justice des renseignements du plus haut intérêt.

GASTON DECAISNE.

II. — Il s'agit d'un examen de débris de fœtus découverts entre un plancher et un plafond d'une maison qu'on démolissait. Ces débris étaient enveloppés dans une chemise souillée de taches, les unes rougeâtres, et les autres verdâtres. Les restes du fœtus et la chemise étaient parsemés de nombreux débris d'insectes, abondants surtout sur le linge. Les cavités thoracique et abdominale contenaient une masse informe. Il n'existait aucun vestige des organes génitaux.

Conclusion des experts : Les taches rougeâtres de la chemise traitées par la teinture de gaïac et l'essence de térébenthine ozonisée ont donné la coloration bleue, mais on n'a obtenu ni les cristaux d'hémine, ni les bandes d'absorption; on n'est donc pas autorisé à conclure à la présence du sang. En revanche, les taches verdâtres présentent les éléments caractéristiques du méconium.

Quant au fœtus, on ne peut établir ni son sexe, ni s'il a vécu, ni quel a été son genre de mort. On peut cependant dire qu'il était à terme par l'examen de l'épiphyse inférieure du fémur.

Restait à déterminer le laps de temps écoulé depuis la mort, ce que Lichtenstein a fait par l'étude des débris d'insectes qui se composaient de pupes de diptères, de fourreaux tissés par des chenilles de lépidoptères, de dépouilles d'un coléoptère du genre anthrène, d'élytres d'un autre coléoptère, le ptinus brunneus, etc. Voici les conclusions :

Il y a certainement quatre ans ou peut-être davantage que la mort du fœtus a eu lieu. Elle a eu lieu dans la belle saison, ou plutôt vers le mois de mai, parce que les mouches ne volent pas en hiver. Avant d'être déposé dans la cachette où il a été trouvé, le cadavre a dû être exposé à l'extérieur de l'ap-

partement, car les genres de diptères dont on retrouve les pupes (phora, entre autres) ne vivent pas dans nos demeures. J. B.

I. — Esperimenti di traumatologio forense con armi a fuoco (Expériences médico-légales sur les traumatismes par armes à feu), par RAVAGLIA (*Rivista clin. di Bol., février* 1886).

II. — Étude médico-légale sur les blessures par revolver, par Eugène DESFOSSÉS (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Lorsqu'on tient une arme à feu appliquée sur le corps d'un homme, au moment où part le coup, il se produit un recul qui détache l'extrémité de l'arme, de manière à livrer libre passage à l'explosion des gaz. Le corps humain ne peut opposer à leur expansion une résistance plus grande que celle qu'opposent généralement les parois du canon dans les diverses armes à feu, et surtout dans les pistolets et les revolvers. Par conséquent il est impossible que, dans l'étendue du canon comprise entre le projectile et l'ouverture, alors même que celle-ci est fortement appuyée contre le corps d'une personne, il se forme une couche d'air comprimé capable de résister à la propulsion du projectile chassé par les gaz de l'explosion. Quand le coup part, l'arme étant appuyée contre le corps, le projectile n'est pas arrêté, et il a assez de force pour traverser le corps de part en part. Tels sont les résultats des expériences très méthodiquement dirigées par l'auteur et qui ont porté sur des animaux et sur des cadavres. Il en conclut que, contrairement à l'opinion des auteurs français et italiens, une arme à feu appliquée immédiatement sur le corps produit en faisant explosion autre chose qu'une simple contusion de la peau, à moins que l'arme ne soit mal chargée.

F. BALZER.

II. — Au moyen d'un revolver Lefaucheux du calibre de 7 millimètres, l'auteur a fait des expériences ayant pour but de reconnaître la distance à laquelle le coup de feu a été tiré; des tableaux synoptiques groupent les faits essentiels de ces expériences. Voici ses conclusions.

1° *Sur le corps à nu*, on observe le dépôt des produits de combustion de la poudre (mémoire) jusqu'à la distance de 50 centimètres; l'incrustation des grains de poudre jusqu'à 60 centimètres, le dépôt des grains de poudre jusqu'à 1 mètre 50 centimètres et la brûlure des poils, jusqu'à la distance de 7 à 8 centimètres. Les cheveux n'ont pu être ni brûlés ni même grillés.

2° *Sur le corps vêtu*, outre les phénomènes ci-dessus on observe de plus la combustion des vêtements en calicot jusqu'à la distance de 15 à 18 centimètres. La flanelle, la grosse toile et le drap n'ont pu prendre feu, et le passage des grains de poudre au travers du calicot seulement, jusqu'à 1 mètre 50 centimètres. J. B.

I. — De l'origine du sang en médecine légale, par MASSON (*Annales d'hyg. publiq. et méd. légale, XIII*, 385 *et* 530).

II. — Alcune ricerche medico-legali su la diagnosi dell macchie di sangue (Recherches médico-légales sur le diagnostic des taches de sang), par RICCI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. I-II*, 1886).

I. — Les conclusions suivantes s'appliquent exclusivement aux ta-

ches de sang formant croûte, si mince soit-elle, sur un objet quelconque plus ou moins imperméable.

Pour isoler les globules, c'est le liquide de Virchow qui donne les meilleurs résultats.

1) Si les moyennes des mensurations sont comprises entre 1/125 et 1/130 de millième de millimètre.

Le diamètre moyen des corpuscules sanguins, étant supérieur à 1/130 de μ, le sang peut appartenir à l'homme ou à l'un des animaux (cobaye, chien, lapin) qui, dans le milieu où nous vivons, présentent avec lui les plus grands globules circulaires; ces dimensions se rapprochent cependant plus de celles des globules de l'homme et du cobaye.

2) Entre 1/130 et 1/135 de μ : le diamètre moyen des corpuscules sanguins étant inférieur à 1/130 et supérieur à 1/135, le sang peut appartenir à l'homme ou à l'un des animaux (cobaye, chien, lapin) qui avec lui possèdent les plus grands globules.

3) Entre 1/135 et 1/140 de μ : le diamètre moyen des corpuscules sanguins étant inférieur à 1/135, le sang n'appartient très probablement pas à l'homme, mais à l'un des animaux qui, après lui et le cobaye, possèdent les plus grands globules.

4) Au delà de 1/140 de μ : le sang n'appartient pas à l'homme. J. B.

II. — Les globules sanguins sont détruits par la putréfaction, vers le vingt-quatrième jour. Les moisissures paraissent sans influence sur cette destruction, ni sur la production des cristaux d'hémine. Ceux-ci ne dépendent pas non plus de la putréfaction.

L'auteur insiste sur ce fait que le développement des moisissures ne s'oppose pas à l'examen des taches de sang. F. BALZER.

I. — Etude sur l'asphyxie de cause mécanique, par F.-A. PATENKO (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIII*, 209).

II. — Un cas de mort par asphyxie, par FREDET (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIII*, 550).

III. — XVIe Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums... (*Viertelj. f. gerichtl. Med. XLV, p.* 188).

I. — De ses expériences, l'auteur tire les conclusions suivantes : La théorie de Donders sur le mécanisme de l'hyperémie congestive pendant la mort par asphyxie, pendaison en particulier, est tout à fait confirmée. Il est nécessaire d'admettre deux espèces d'asphyxie : *a*) celle qui se développe après l'inspiration ; *b*) celle qui se développe après l'expiration.

Si l'occlusion des voies aériennes a lieu après l'expiration, les poumons sont congestionnés ; si elle a lieu après l'inspiration, les poumons se présentent comme à l'état normal ou privés de sang. Ainsi s'explique la différence des lésions pulmonaires dans le même mode d'asphyxie. La rate n'est contractée et petite que dans l'asphyxie développée après l'inspiration.

Mais, dans les deux espèces d'asphyxie, inspiratoire et expiratoire, on observe quelques phénomènes semblables et constants :

1° Des foyers d'extravasation sanguine dans les poumons, qui ne diffèrent que par leur provenance et qu'on peut voir tantôt à l'œil nu et

tantôt seulement au microscope. Les foyers microscopiques, c'est-à-dire provenant des capillaires, prédominent dans les cas où il y a congestion des poumons, quand l'asphyxie a eu lieu après l'expiration;

2° De la congestion et des foyers apoplectiques dans le bulbe, ainsi qu'une inflammation parenchymateuse aiguë des cellules nerveuses du centre respiratoire.

Dans l'asphyxie par le gaz d'éclairage, on obtient aussi des résultats nécroscopiques dissemblables qui forcent à admettre également une asphyxie avec prédominance des mouvements d'inspiration et une asphyxie avec prédominance des mouvements d'expiration. J. B.

II. — Jeune homme de 20 ans, fumeur et buveur; au cabaret, dans une querelle, on lui serre le cou assez fortement. Quelques heures plus tard, en rentrant chez lui par un temps froid et humide, il est pris d'une gêne intense de la respiration et, au milieu d'accès de suffocation, il succombe asphyxié, 1 h. 1/2 après sa sortie du cabaret.

Autopsie : Cou manifestement élargi et augmenté de volume sans aucune plaie ou ecchymose. La luette a les dimensions d'une petite noix. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et l'espace intra-ventriculaire sont également le siège d'un œdème énorme. L'orifice glottique est comme obturé par l'épiglotte, qui, incisée à sa partie supérieure, laisse sourdre du pus collecté en foyer, du volume d'une aveline. Intégrité des cartilages. Liquide spumeux, sanguinolent, remplissant la trachée et les grosses bronches.

Conclusions : Le jeune homme, qui avait la voix enrouée, était atteint de laryngite alcoolique ancienne et l'œdème des tissus datait au moins de plusieurs semaines. Mais cet œdème a dû être augmenté par les efforts faits pendant la soirée pour crier, se quereller et chanter, et surtout par le brusque passage d'une salle surchauffée au froid humide de la rue.

Il n'y a pas lieu de faire intervenir la constriction du cou par un tiers, qui a dû être assez faible pour ne laisser aucune trace. J. B.

III. — Exemple d'intoxication par l'acide carbonique, dans des conditions insolites.

A Dresde, pour construire des écoles, on dut remblayer le sol sur une hauteur de 1 à 3 mètres. Dans ce terrain remblayé, on avait fait une fosse de 3 mètres de profondeur, ouverte par le haut et maçonnée à son intérieur avec des pierres en grès.

Une nuit, on trouva dans cette fosse un ouvrier mort. L'enquête montra que la fosse s'était remplie d'acide carbonique qui l'avait asphyxié.

Après avoir expulsé le gaz carbonique au moyen d'une source de chaleur, on constata que la fosse se remplissait de nouveau d'acide carbonique.

Il est vraisemblable qu'il provenait de la terre de jardin à la fois riche en humus et en carbonate de chaux, qui avait servi aux remblais. J. B.

Ueber die mechanischen Verhaeltnisse des Strangulationstodes (Expériences sur les conditions mécaniques et anatomiques de la mort par strangulation et par suspension), par LANGREUTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLV, p.* 295).

Les expériences de Langreuter ont été faites sur des cadavres humains. Après avoir enlevé la calotte crânienne et extrait le cerveau il ouvre, de l'intérieur du crâne, la cavité pharyngienne qu'il éclaire avec le réflecteur d'un laryngoscope. De cette façon, il a pu suivre les différentes phases de la strangulation pratiquée avec ou sans pendaison. Voici les faits qu'il a constatés :

1° *Etranglement avec la main.* — Quand on applique le pouce d'une part et les quatre autres doigts de l'autre sur chacun des côtés du cartilage

thyroïde, il suffit de la plus légère pression pour fermer complètement la glotte; si la pression est plus considérable, on voit les cordes vocales chevaucher l'une au-dessus de l'autre.

Les mêmes pressions latérales exercées entre le larynx et l'os hyoïde nécessitent un effort plus énergique.

2° *Imitation de la suspension.* — Dans ce but, Langreuter applique entre le larynx et l'os hyoïde une corde qui monte en arrière au-dessous des angles maxillaires, puis il exerce une traction en haut dans la direction du long axe du cadavre.

Quand cette traction est médiocrement forte, l'épiglotte s'applique contre la paroi postérieure du pharynx; si elle est un peu plus énergique, la base de la langue suit le mouvement et entraîne l'occlusion complète des voies respiratoires.

Lorsque la corde est appliquée soit au-dessous du cartilage thyroïde, soit horizontalement à son niveau, et qu'on exerce la traction en haut, la corde glisse toujours en haut, au-dessus de la saillie du cartilage.

3° *Etranglement avec un lien.* — On applique la corde horizontalement au-dessus du thyroïde et on la serre avec un garrot placé sur la nuque. On voit alors la base de la langue venir prendre la position indiquée contre la paroi pharyngée postérieure.

D'autre part, si la corde est appliquée horizontalement sur le cartilage thyroïde, un peu au-dessous de son échancrure supérieure et qu'on serre vigoureusement le garrot, le larynx est aplati d'avant en arrière et la glotte disparaît entièrement. Mais alors la base de la langue ne vient pas s'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx; tout le temps, en effet, on peut voir ce qui se passe à la partie supérieure du larynx.

Il ressort de ces expériences que, contrairement à l'opinion de Jacquier, le suicide par strangulation au moyen d'un lien est très difficile, du moins comme on le pratique habituellement, c'est-à-dire en plaçant le lien au niveau du larynx. Avant que l'occlusion des voies aériennes soit réalisée, la compression des gros vaisseaux fait perdre connaissance au malade, ce qui met fin à sa tentative. Il est assez facile de rappeler ces malades à la vie.

4° *Suspension vraie.* — Avec la corde placée au-dessus du larynx et remontant sous les angles maxillaires. Ici la base de la langue est refoulée très loin en haut et en arrière; elle vient s'insinuer de force dans l'ouverture de la base du crâne.

Langreuter a également fait, sur 16 cadavres, des expériences pour rechercher le degré de résistanse du larynx et de l'os hyoïde, en cas de strangulation. Ses résultats confirment ceux de Patenko (*R. S. M.*, XXVII, 319). Relativement au cartilage thyroïde, il s'est trouvé lésé chez les femmes 3 fois sur 8 et chez les hommes 8 fois sur 8. Le cartilage cricoïde était fracturé 4 fois sur 8 sur les cadavres féminins et 5 fois sur 8 sur les masculins. Enfin les grandes cornes de l'os hyoïde furent lésées 11 fois sur 16, dont 7 fois chez les hommes. Il ressort de ces expériences que le larynx des femmes paraît être plus solide que celui des hommes. J. B.

I. — Contribution à l'étude médico-légale de la putréfaction, par A. JOFFROY (*Archives de physiologie*, 1er *avril* 1886).

II. — Auffallend verschiedene Verwesungserscheinungen bei zwei Leichen,.. (Degré très différent de décomposition offert par les cadavres de deux personnes mortes ensemble et dans les mêmes circonstances), par MEYER (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLIV*, p. 101).

I. — Les convulsions, quand elles se montrent peu de temps avant la mort, diminuent l'irritabilité musculaire, déterminent l'épuisement des tissus nerveux, et arrivent ainsi à accélérer considérablement l'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction. A. GILBERT.

II. — Il s'agit de deux vieillards asphyxiés en janvier par un poêle. L'un et l'autre étaient de petite taille, et très maigres; le mari, âgé de 72 ans, était un buveur; la femme, âgée de 65 ans, atteinte de catarrhe pulmonaire.

Les deux cadavres étaient dans le lit.

Trente-six heures environ après la mort, on les trouva dans l'état suivant:

Cadavre de la femme encore complètement frais. Rigidité cadavérique modérée. Les quatre membres et la face postérieure du tronc sont couverts de taches rose vermeil; la peau de l'abdomen est un peu verdâtre;

Cadavre de l'homme distendu par des gaz de la putréfaction; visage défiguré. Partout les téguments crépitent sous le doigt, ils offrent une teinte verdâtre et des stries arborescentes; l'épiderme est soulevé en phlyctènes et se détache en grands lambeaux. Cornées entièrement opaques et affaissées. Odeur putride. Par les seules apparences, on eût pu croire que l'homme avait succombé 15 jours au moins avant sa femme (*R. S. M.*, *XXVI*, 655).

J. B.

Das Verhalten der Leichen nach Arsenik-Vergiftung (De la décomposition cadavérique à la suite d'empoisonnement par l'arsenic), par T. ZAAIJER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. XLIV*, 249).

Le travail de Zaaijer est principalement basé sur l'état des cadavres exhumés à l'occasion du procès de la femme Van der Linden, de Liège (1883-1885), qui a empoisonné ou tenté d'empoisonner par l'arsenic plus de 70 personnes. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans les premiers jours après la mort, le degré de décomposition des corps empoisonnés par l'arsenic dépend surtout de la température. La momification des cadavres est un phénomène assez fréquent. Les cadavres qui ne renferment pas d'arsenic, placés dans les mêmes conditions que ceux qui en contiennent, se conservent aussi bien et se momifient de même.

La momification relativement fréquente des parois abdominales et thoraciques, de la peau des mains, des genoux, des cous-de-pied, des doigts et des orteils s'explique facilement en dehors de toute influence de l'arsenic parce que ce sont des régions présentant une large surface d'évaporation.

La momification d'origine arsenicale n'existe pas et la momification des cadavres n'a aucune importance au point de vue de la toxicologie judiciaire. J. B.

Vortäuschung einer Arsenikvergiftung... (Couronne de fleurs artificielles faisant croire à un empoisonnement par l'arsenic), par E. LUDWIG et J. MAUTHNER (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLIII*, 349).

Le cadavre d'une fille de 18 ans est retiré en juillet d'un canal : l'autopsie en est faite et les experts concluent à une mort par submersion. Cependant le parquet, croyant à un empoisonnement, ordonne l'exhumation, et sur des fragments de viscères pesant 23 grammes, Ludwig et Mauthner reconnaissent la présence d'une petite proportion d'arsenic. Une troisième exhumation est faite, suivie d'une analyse portant sur la généralité des viscères, 10 mois après le décès. Cette fois, on trouve des traces impondérables d'arsenic et de cuivre dans les organes, tandis qu'une couronne de fleurs artificielles placée dans la bière en renfermait des proportions énormes. La terre de la fosse même renfermait de l'arsenic et du cuivre, celle du reste du cimetière n'en contenait aucune trace.

Conclusion : il n'y a pas eu d'empoisonnement, l'arsenic provient de la couronne de fleurs artificielles.

Redtenbacher cite un fait analogue : l'arsenic provenait d'une croix métallique placée dans le cercueil. J. B.

Empoisonnement par l'arsenic. Un enfant à la mamelle peut-il être intoxiqué par le lait de sa nourrice ? par P. BROUARDEL et Gabriel POUCHET (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XIV*, 73).

Le père de l'enfant avait essayé d'empoisonner sa femme en lui donnant de l'arsenic. La femme avait eu des vomissements et de la diarrhée à diverses reprises, mais n'est pas morte. L'enfant qu'elle allaitait, après avoir eu des accidents analogues, a succombé en quarante-huit heures, âgé de 2 mois.

Le petit cadavre, exhumé au bout de 20 mois, avait subi une transformation adipocireuse tellement complète qu'il ne fut pas possible de distinguer les différents viscères.

L'analyse chimique y révéla la présence de 5 milligrammes d'arsenic. Or, la quantité de 15 centigrammes, suffisante pour déterminer la mort d'un adulte du poids moyen de 70 kilos, correspond sensiblement à une proportion de 5 milligrammes pour un enfant du poids de 3 kilos.

En administrant à des femmes nourrices de la liqueur de Fowler, sans jamais dépasser la dose de douze gouttes, à laquelle on n'arrivait que très progressivement, les auteurs ont toujours constaté dans le lait la présence de l'arsenic. Dans une de ces expériences, la quantité d'arsenic contenue dans 100 grammes de lait, après que l'absorption de la liqueur de Fowler eût été continuée pendant six jours à la dose de 12 gouttes par jour, s'éleva à 1 milligramme environ.

D'autre part, Brouardel et Pouchet ne trouvèrent pas d'arsenic dans les organes d'un fœtus de six mois dont la mère, morte quelques heures après l'avortement, avait absorbé dans les cinq jours précédents 4 milligrammes par jour d'arséniate de soude.

Il résulte, enfin, d'expériences qu'ils ont faites sur les animaux, que chez les nouveau-nés la localisation de l'arsenic est à peu près nulle dans le tissu osseux ainsi que son élimination par la peau et les poils, contrairement à ce qui a lieu pour les animaux adultes.

La conclusion est qu'à moins d'indication absolument impérieuse il vaudra mieux s'abstenir chez les nourrices de médication arsenicale. J.B.

De la présence de l'albumine dans l'urine des cadavres, par VIBERT et OGIER (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XIV*, 65).

Sur 28 cadavres masculins, les auteurs ont trouvé dans la vessie de 23 d'entre eux de l'urine qui se troublait par la chaleur et l'acide azotique. Ils se sont assurés qu'il ne s'agissait pas là d'un résultat de la putréfaction de l'urine elle-même, mais bien de la désagrégation, de la décomposition de la muqueuse vésicale. En effet, si après avoir vidé la vessie d'un cadavre on la remplit d'eau distillée, au bout de peu de temps, l'eau devient fortement albumineuse.

Conclusions :

L'urine recueillie sur le cadavre contient presque constamment de l'albumine en quantité d'autant plus grande que la putréfaction est plus avancée.

Cette albumine provient des parois de la vessie. J. B.

Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques, par WENZINGER (*Thèse de Nancy*, 1886).

Les ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques ne sont caractéristiques d'aucun genre de mort; elles se rencontrent très rarement chez le vieillard et sont plus fréquentes dans le sexe masculin.

L'examen microscopique est indispensable pour distinguer les ecchymoses des taches d'anthracosis, de pigment, et surtout des dilatations veineuses avec lesquelles la confusion est si facile.

Les ecchymoses sont dues à des troubles de l'innervation vaso-motrice et secondairement aux troubles respiratoires et circulatoires qui sont intimement liés aux premiers.

Telles sont quelques-unes des conclusions de ce travail, basé sur 131 autopsies et 41 expériences sur les animaux. P. PARISOT.

Ueber Fruchtabtreibung mit tödtlichem Ausgange (De l'avortement criminel à terminaison fatale), par von MASCHKA (*Viertelj. für gerichtliche Medicin, XLI, p.* 265, *et XLII, p.* 32).

Le procédé d'avortement criminel auquel on a le plus souvent recours est la piqûre ou la déchirure des membranes de l'œuf au moyen d'instruments, tels qu'une sonde, un bâtonnet pointu, un fil d'archal, une aiguille à tricoter. Pour éviter de blesser le col utérin, avec ceux de ces instruments qui sont acérés, généralement on a soin d'introduire auparavant une canule de seringue à lavement ou une plume d'oie, qui servent de conducteur et d'enveloppe à l'instrument piquant. Maschka considère comme absolument impossible que les femmes se fassent avorter elles-mêmes par ce moyen sans se blesser le vagin ou le museau de tanche. Aussi, quand, en présence d'un fait d'avortement de ce genre, il ne trouve aucune lésion de ces deux organes et seulement des lésions dans la cavité du col ou du corps de l'utérus, il affirme, toujours sans hésiter, qu'une tierce personne a introduit l'instrument.

Coutagne admet que des injections forcées peuvent déterminer une rupture utérine. Maschka pense qu'il faut qu'on se soit servi alors de liquides irritants ou caustiques qui ont amené une perforation secondaire à une inflammation des parois de l'utérus ou bien leur gangrène.

Maschka relate cinq cas d'avortement par ponction des membranes, suivis de mort; le 3e offre un réel intérêt, en ce sens que l'avortement

fut suivi de métrite, et que, longtemps après seulement, la perforation utérine, incomplètement pratiquée par un instrument piquant, se compléta en donnant lieu à une péritonite mortelle. J. B.

Demonstration einiger Verletzungen der Geschlechtstheile... (Des blessures des organes génitaux consécutives à l'avortement criminel provoqué par des instruments), par A. LESSER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. XLIV*, 220).

Lesser rapporte d'abord 11 observations personnelles qu'on peut résumer ainsi au point de vue du nombre et du siège des blessures :

8 fois il y avait des lésions du vagin; 20 fois des lésions du col seul ou de celui-ci et de la portion voisine du corps de l'utérus; 10 fois des lésions des autres parties du corps utérin, soit en tout 38 blessures.

Les lésions vaginales se répartissaient par moitié sur les parois antérieure et postérieure; 7 occupaient la moitié supérieure, 1 seule la partie inférieure du conduit.

La paroi antérieure du col était atteinte 2 fois, la postérieure 12 fois.

Les blessures placées à l'union du col et du corps siégeaient en général sur la partie postérieure de l'organe. Quant à celles des portions élevées du corps de l'utérus, elles ne se rencontraient qu'une fois sur la paroi antérieure.

Dans la littérature des vingt dernières années, Lesser n'a pu réunir que 28 faits semblables.

Sur l'ensemble des 39 observations, il existait 37 fois des solutions de continuité du col seul ou de celui-ci et de la portion attenante du corps utérin; 26 fois des solutions de continuité des autres portions du corps utérin, et 12 fois du vagin. En outre, dans 3 cas il y avait des contusions des culs-de-sac vaginaux et dans 1 de la muqueuse du col.

Il ressort encore de l'analyse des observations, qui sont suffisamment détaillées, que ni le siège ni l'étendue des blessures constatées à l'autopsie n'ont d'influence sur la plus ou moins grande rapidité de l'expulsion du fœtus. Cette assertion ne paraît plus paradoxale dès qu'on réfléchit que les lésions visibles après la mort sont loin de représenter toutes les manœuvres abortives entreprises.

Bien plus, il résulte de 18 observations personnelles à l'auteur que l'existence ou la non-existence de blessures, leur plus ou moins de gravité, n'influent en rien sur la durée de la maladie consécutive aux manœuvres, du moins dans tous les cas où les femmes succombent à l'infection puerpérale dont les manœuvres abortives ont été la cause. J. B.

Fall von merkwürdiger Selbsthülfe... (Singulières lésions produites sur le fœtus par une femme s'efforçant d'accoucher seule), par KOB (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLV*, 87).

Une fille de 18 ans, après avoir caché sa grossesse, met au monde, sans aucune assistance, un enfant qu'on trouve mort, avec des plaies considérables autour de la bouche. La mère reconnaît aussitôt qu'elle peut être l'auteur de ces blessures, parce que, lorsque la tête fœtale était déjà à moitié hors de son corps, elle l'a empoignée avec les mains pour activer l'issue de l'enfant, qui tardait.

Autopsie le 4e jour. Enfant du sexe masculin, bien conformé mais imparfaitement développé.

A 2 centimètres en arrière du lobule auriculaire gauche, commence une déchirure qui se dirige à peu près horizontalement jusqu'à la commissure labiale correspondante. De la commissure labiale droite, part une seconde déchirure. Ces plaies intéressent à la fois la peau et les muscles, où les bords de la rupture sont moins réguliers.

En même temps, les parties molles sont entièrement détachées du maxillaire inférieur, qui présente sur la ligne médiane une solution de continuité verticale, mais un peu dentelée. Les deux moitiés de l'os sont pendantes. Au milieu de la bouche, se voit la langue, intacte à sa partie supérieure mais complètement déchirée à sa face inférieure, dont les muscles sont réduits en petits lambeaux.

Dans le pharynx, la muqueuse et les couches sous-jacentes sont également en lambeaux. La cavité buccale est presque entièrement remplie par des caillots.

La main gauche et le tiers inférieur de l'avant-bras correspondant sont tuméfiés et rouge noirâtre ; à l'incision, on constate la présence d'un épanchement assez considérable de sang liquide.

Conclusions du rapport médico-légal : L'enfant est un nouveau-né, viable mais venu avant terme, ayant respiré après la naissance et ayant succombé aux suites des blessures constatées.

Le récit de l'accusée est très acceptable. Il est vraisemblable que, pour hâter la sortie de la tête fœtale, la femme a introduit sa main dans la bouche, d'abord en saisissant les joues entre ses doigts. Celles-ci rompues sous l'effort des tractions, elle a dû continuer à tirer sur la mâchoire inférieure jusqu'à ce que, celle-ci fracturée à son tour, elle a essayé de tirer sur la langue. L'état de la main gauche de l'enfant semble indiquer que c'était ce membre dont l'engagement faisait obstacle à l'expulsion de la tête. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — **Anesthésie chirurgicale par suggestion, par PITRES** (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 6 *juin* 1886.)

II. — **Das Lustgas und seine Verwendbarkeit in der Chirurgie (Le protoxyde d'azote et son emploi en chirurgie), par SCHRAUTH, de Munich** (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, *n°* 281, 1886).

III. — **Analgésie sans anesthésie par le chlorhydrate de cocaïne, par GENDRON** (*Bull. Soc. de chir.*, *t. XI*, 1885, *n°* 12, *p.* 767).

IV. — **Lokale Anästhesie mit subkutanen Cocaininjectionen, par A. LANDERER** (*Centralbl. f. Chirurgie*, *n°* 48, *p.* 841, 1885).

I. — Cette anesthésie par suggestion a été provoquée par Pitres sur une hystérique facilement hypnotisable et suggestible, atteinte d'un phlegmon très douloureux de la cuisse. Après l'avoir placée dans le sommeil hypnotique, il lui a ordonné de laisser ouvrir son abcès sans protester et de ne plus sentir, après qu'elle sera réveillée, aucune espèce de douleur, même quand on enfoncera le bistouri dans la peau. La malade réveillée, la peau a été incisée lentement, couche par couche; cette inci-

sion a donné issue à un verre à bordeaux de pus épais, crémeux, de coloration rougeâtre ; les bords de la plaie ont été comprimés fortement pour évacuer tout le pus, et pendant ce temps la malade regardait en souriant et sans pousser un cri ; elle a seulement été étonnée qu'on ait pu ouvrir un abcès aussi douloureux les jours passés, sans qu'elle ait éprouvé la moindre souffrance. OZENNE.

II. — Schrauth a endormi, seul et sans aide, 1,070 personnes, dont 142 avaient moins de quinze ans, sans avoir eu à déplorer aucun malheur. De temps à autre il a observé une dyspnée notable, surtout chez des sujets qui respiraient mal ou superficiellement. Il est important à ce point de vue d'éliminer les sujets atteints de lésions cardiaques ou pulmonaires. De trois cardiaques qu'il a essayé d'endormir, la première, une hystérique, est tombée dans le collapsus avec arrêt de la respiration dès les premières inspirations, mais s'est cependant réveillée seule au bout de quelques minutes et n'a ressenti aucune suite fâcheuse. Dans les deux autres cas, l'oppression a été telle que l'inhalation a été interrompue. Les femmes enceintes supportent parfaitement l'anesthésie à toutes les périodes.

L'anesthésie est obtenue avec 8 à 15 litres de gaz, mais le sac peut en contenir beaucoup plus sans inconvénient, la respiration étant suspendue une fois le sommeil obtenu. Le danger de mort est beaucoup moindre qu'avec le chloroforme, et tous les accidents possibles disparaissent rapidement par la respiration à l'air libre. Cette anesthésie n'est utilisable que pour les opérations très courtes, mais Schrauth la trouve préférable à l'anesthésie locale par l'éther, la glace ou même la cocaïne. M. HACHE.

III. — Quatre grammes d'hydrate de chloral par la bouche, $0^{gr},014$ de chlorhydrate de morphine et autant de chlorhydrate de cocaïne en injection hypodermique ont permis à Gendron d'enlever une tumeur du sein sans que la malade sentît aucune douleur, quoiqu'elle eût conscience des moindres temps de l'opération. M. H.

IV. — L'auteur emploie une solution à 4 0/0 et injecte 2 à 3 divisions d'une seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'anesthésie est complète au bout de cinq minutes. La partie anesthésiée occupe l'espace d'une pièce de 5 marks. En profondeur, l'anesthésie s'étend jusqu'aux muscles superficiels. Ces injections n'ont présenté aucun inconvénient ni général, ni local. Pas d'abcès.

L'auteur a pu ainsi pratiquer l'extirpation de petites tumeurs. Dans un cas d'hydrocèle, il a injecté $0^{cc},3$ d'une solution à 4 0/0, et il a pu ensuite pratiquer l'injection iodée sans déterminer de douleur. DELBET.

I. — Études expérimentales sur les pansements au sous-nitrate de bismuth, par GOSSELIN et HÉRET (*Archives de médecine, janvier* 1886).

II. — Ueber die Anwendung des Iodols in der chirurgischen Praxis (Emploi chirurgical de l'iodol), par Gaetano MAZZONI (*Berlin. klin. Woch., n°* 43, *p.* 695, 26 *octobre* 1885).

III. — Ueber die gegenwärtigen Wundbehandlungsmethoden (Des méthodes actuelles de pansement des plaies), par GIRARD, et discussion (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 18, *p.* 437, *et n°* 17, *p.* 414, 15 *et* 16 *septembre* 1885).

IV. — Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques, par F. BRUN (*Th. d'agrég., Paris*, 1886).

I. — Gosselin a appelé l'attention sur le sous-nitrate de bismuth et signalé ses avantages au point de vue de la suppression du drainage et de la rareté de plus en plus grande des pansements. Ce travail est consacré à l'étude de la physiologie pathologique de ce médicament employé comme mode de pansement.

1° Quatorze animaux (cobayes et lapins), dont dix avaient été amputés et quatre avaient eu une plaie du cou longue de 6 à 7 centimètres, ont été pansés avec une couche très mince (environ un gramme) de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. 8 ont eu une réunion immédiate des bords et du fond sans écoulement de sang ni de pus. Quatre sont arrivés à la cicatrisation complète en six à dix jours, après avoir eu seulement quelques points de suppuration superficielle sous de petites croûtes. Deux ont eu une désunion de la plaie et une suppuration prolongée.

Six de ces animaux sont morts, mais il semble que l'on peut attribuer ces morts au traumatisme, et que cette terminaison n'a rien à voir avec le mode de pansement employé.

2° Dans une deuxième série d'expériences, les auteurs se sont servi de sous-nitrate de bismuth tenu en suspension dans de l'eau distillée. Avec le mélange au centième et filtré, ils ont eu deux insuccès sur deux expériences; avec le mélange au centième et non filtré, deux cicatrisations immédiates, deux guérisons rapides après une courte suppuration et deux désunions suivies de suppuration.

3° Avec l'hydrate de bismuth, les résultats ont été à peu près les mêmes qu'avec le sous-nitrate de bismuth.

Quant au mode d'action, les auteurs admettent d'après leurs expériences que le sous-nitrate de bismuth est germicide au contact et que son application intime sur les surfaces d'une plaie empêche le développement des germes de la putréfaction qui pourraient avoir été déposés sur ces surfaces avant le pansement.

Le sous-nitrate de bismuth a encore l'avantage de diminuer sensiblement l'écoulement du sang post-opératoire, action qui semble devoir être rapportée au dégagement d'acide nitrique à l'état naissant. RICHARDIÈRE.

II. — Mazzoni et Rocchi ont essayé l'iodol (*R. S. M.*, XXVII, 57) avec profit dans une série d'affections chirurgicales : chancres, bubons, arthrites fongueuses, etc.

L'iodol active le développement des bourgeons charnus, supprime la mauvaise odeur et diminue les sécrétions des plaies.

Mazzoni l'a appliqué tantôt sous forme de poudre, tantôt en suspension dans le glycérat, tantôt en pommade, tantôt en solution alcoolique (pour des injections). J. B.

III. — Après une étude sur la valeur des principaux antiseptiques, Girard a combiné l'emploi du sublimé et celui de l'iodoforme de la façon suivante : il ne touche les plaies qu'avec le sublimé, tandis qu'il les recouvre d'un pansement : la gaze iodoformée. Après avoir stérilisé la plaie avec la solution du sublimé à 0.5 ou 1 0/00, il pratique, si besoin, des sutures étagées avec du catgut sublimé, et une suture continue de la peau à laquelle il adjoint des points de matelassier s'il y a lieu d'empêcher les lèvres de la plaie de se recroqueviller. Au bout de 2 jours, il

retiré les drains et le premier pansement; il laisse les pansements suivants en place de 4 à 6 jours.

En procédant de cette façon, on n'a pas d'intoxication par l'iodoforme. Quant à celle par le sublimé, Girard n'en a vu que deux cas chez des enfants sur 150 malades, et encore les accidents se bornèrent-ils à de la diarrhée et des coliques pendant une journée. Il s'agissait de plaies de résection coxo-fémorale qui avaient été irriguées avec du sublimé au millième; depuis, Girard ne se sert pour les enfants que de solutions à 0.5 0/00 et n'a plus eu d'accidents. 4 opérés de goitre (extirpation) se sont levés dès le quatrième jour. Girard, parmi toutes les plaies pansées suivant la méthode ci-dessus, n'a eu qu'un érysipèle.

Dans la discussion, Pflueger remarque qu'il en est venu en oculistique à employer le même pansement. Pflueger se sert de sublimé au 8 0/00 et d'iodoforme. Mais ce pansement combiné, grâce sans doute à la formation dans l'œil d'iodure de mercure, cause des douleurs assez vives. Pflueger, avant d'appliquer le pansement définitif, lotionne l'œil avec une solution boriquée.

Ziegler déclare que pour le matériel sanitaire de l'armée fédérale, il a donné la préférence à l'acide phénique, qui n'exige pas des vases spéciaux pour son transport, et dont l'odeur prévient les empoisonnements accidentels. Pour les cartouches de pansement, il a choisi la ouate boriquée, tandis que l'Allemagne vient d'y substituer la gaze sublimée, qui a l'inconvénient de moins bien se conserver.

Dick fait observer qu'en guerre le sublimé retrouverait une partie de ses avantages, parce qu'il est d'un transport bien moins encombrant que l'acide phénique. J. B.

IV. — Si quelques rares accidents ont pu résulter de l'emploi du sous-nitrate de bismuth, de l'acide borique, de l'alcool, du chloral, etc., ce sont l'acide phénique, l'iodoforme et le sublimé, qui ont été le plus incriminés, et qui, dans ce travail, sont le plus longuement étudiés.

Pour l'acide phénique, les accidents locaux sont les moins rares. Ce sont des érythèmes, qui se développent chez les sujets à peau délicate ou dans les régions où la peau est la plus fine. Quelquefois on observe une éruption d'eczéma. Un accident général, fréquent, d'importance discutable, est la coloration noire des urines. L'auteur incline à penser qu'une fièvre un peu vive, un état cachectique un peu prononcé, influent d'une façon manifeste sur le développement de la mélanurie, sans cependant en être la cause obligatoire. L'intoxication générale est aiguë lorsqu'il y a absorption massive de la substance, chronique lorsqu'on fait usage prolongé de solution faible. Les plaies récentes, larges, anfractueuses, les sections ou opérations portant sur les os, sont favorables à l'intoxication, qui s'observe surtout chez les enfants, les cachectiques, ceux dont les reins sont malades.

Pour l'iodoforme, les conditions de l'intoxication sont assez semblables à celles qui déterminent l'intoxication phéniquée. C'est la dose exagérée d'iodoforme employée, les cachexies, les altérations rénales qui les causent. Sur 84 cas que Brun a relevés, onze fois les accidents étaient légers, trente-sept fois graves, non mortels, trente-six fois mortels. Mais dans ces derniers cas, huit fois l'autopsie n'a pas été pratiquée, onze fois elle a révélé des lésions suffisantes pour rendre compte à elles

seules de la terminaison fatale, ce qui, joint aux nombreux cas légers qui sont inaperçus ou non publiés, diminue la gravité réelle de l'iodoforme.

L'intoxication par le sublimé est encore soumise aux mêmes lois, et Brun conclut : « Lorsque le sublimé a été mortel par lui-même, il n'a acquis cette gravité qu'en raison de lésions rénales antérieures. MAUBRAC.

Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques, par Ch. NÉLATON (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

Aux phases physique (alors que la lésion cardiaque est compensée) et chimique (alors qu'il existe des troubles de l'hématose), le traumatisme a peu d'influence sur le cœur : à la phase dynamique (l'élasticité et la contractilité vasculaires étant devenues insuffisantes), on observe des accidents qui dépendent : 1° des troubles nerveux agissant par l'intermédiaire d'une contracture réflexe des vaisseaux du poumon, ou directement sur le cœur et pouvant entraîner une syncope : quelquefois les accidents dépendent d'influences inhibitoires ; 2° des hémorragies qui déterminent par leur abondance des troubles dans le rythme cardiaque ou plus tard des altérations dans la structure du myocarde ; 3° des intoxications chirurgicales aggravant une lésion préexistante, ou transformant le caractère de la maladie (endocardite infectieuse succédant à une endocardite simple).

Les affections cardiaques n'influent pas le traumatisme si les tissus ne sont pas profondément atteints, s'il n'y a pas d'œdème ou d'hyperémie passive : l'hémorragie est cependant favorisée par les modifications de la tension artérielle et les lésions des vaisseaux qu'elle entraîne ; les complications inflammatoires n'ont aucun caractère particulier.

Les contre-indications opératoires relèvent surtout du danger de l'anesthésie, qui, praticable aux périodes physique et chimique, et au début de la période dynamique, devient dangereuse lorsque la force impulsive du cœur est affaiblie, que les contractions sont irrégulières, et à la période cachectique ; quant à la contre-indication opératoire fournie par les dangers du traumatisme, elle n'existe pas, car, au début, les complications dépendant de l'affection de cœur sont rares, et plus tard c'est la conscience de faire une opération inutile qui désarme le chirurgien.

La seconde partie de ce travail est consacrée aux traumatismes agissant directement ou indirectement sur un cœur sain et produisant une affection secondaire : signalons les affections consécutives à une plaie du cœur, les ruptures du cœur, les cardiopathies réflexes d'origine périphérique après traumatisme du membre gauche, et se présentant sous forme d'hypertrophie de l'organe ou d'accès d'angine de poitrine ; enfin les troubles cardiaques consécutifs à des lésions bulbo-médullaires traumatiques. Nélaton relate 63 observations, dont plus de 25 inédites. MAUBRAC.

I. — Des septicémies gangreneuses, par E. FORGUE (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

II. — Carie et périostite dentaire. Infection putride. Foyers œdémateux métastatiques et microbiens. Leptothrix en colonies dans les caillots cardiaques, par PONCET (*Bull. Soc. de chir., t. XII*, n° 2, *p.* 120).

I. — Après élimination rapide des diverses gangrènes septiques, Forgue limite son travail à l'étude de la septicémie aiguë à forme gan-

greneuse. Après avoir soigneusement décrit les symptômes et les diverses formes évolutives de cette infection, l'auteur nous donne le résultat des expériences qu'il a entreprises : il confirme les conclusions de Chauveau et Arloing à propos de l'inoculation si nocive des micro-organismes dans le tissu cellulaire et de l'atténuation du virus et de la vaccination possible par injection du liquide septique dans le sang. Signalons dans le chapitre de la résistance du microbe pathogène aux antiseptiques l'iodoforme dont Forgue a étudié et constaté l'action antivirulente et qu'on doit ajouter à l'acide sulfhydrique naissant, au permanganate de potasse, à l'eucalyptol, au nitrate d'argent ; au point de vue pathogénique, l'auteur est amené à admettre, outre l'inoculation par la plaie, un empoisonnement septique général primitif qui explique ces cas de grangrène gazeuse produits à distance du trauma, ou à la suite d'une fracture simple, par exemple. C'est d'ordinaire dans les milieux infectés, chez les sujets surmenés, que se développe l'affection, mais il y a de nombreux cas où des sujets sains, habitant des locaux qu'on ne pouvait incriminer, ont succombé à cette affection.

Le traitement est surtout préventif : la parfaite asepsie de la plaie est la meilleure garantie. L'affection établie, on aura recours aux longues incisions au thermocautère, avec ablation des tissus sphacélés et lavages énergiques. Si la marche est trop rapide, la formule sera : amputer vite et loin.

II. — Homme de 45 ans, atteint de périostite du maxillaire inférieur droit consécutive à une carie dentaire et durant depuis 8 à 10 jours. Hémorragie nasale assez abondante quelques jours auparavant. Etat typhoïde des plus sérieux. 38°. Gonflement de l'angle de la mâchoire descendant vers le sterno-mastoïdien, empâtement diffus, pas de pus collecté (vin, alcool, sulfate de quinine, lotions chlorées dans la bouche). Le lendemain, le gonflement avait diminué, mais l'état général s'était beaucoup aggravé ; subdélirium. P. 120 ; T. 39°. On constatait aux deux avant-bras la formation de deux foyers œdémateux symétriques, sans fluctuation véritable, avec quelques phlyctènes remplies de sérosité roussâtre du côté droit. Pas de chaleur locale, pas d'engorgement ganglionnaire. Double bronchite (vésicatoire, alcool, sulfate de quinine). Le délire augmente rapidement, la température dépasse 40° et la mort survient dans la soirée.

A l'autopsie, pus diffusé dans le pannicule graisseux en petits foyers du volume d'un pois ou d'une noisette sous le maxillaire droit et le long de la face postérieure du sterno-mastoïdien. Pas d'altération des veines voisines, qui ne contiennent pas de caillot. — Bronchite double sans hépatisation. Gros caillots fibrineux dans le ventricule droit ; un demi-verre de sérosité dans le péricarde. Rate volumineuse et diffluente, foie un peu gras et sclérosé, alcoolique. Reins normaux. Le foyer œdémateux de l'avant-bras droit est à l'état d'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-cutané, sans foyer collecté ; à gauche, suppuration moins avancée.

L'autopsie devait faire conclure à une infection microbienne putride survenue chez un sujet débilité : cette hypothèse a été vérifiée par l'examen histologique qui a fait découvrir dans la sérosité purulente du cou et des avant-bras une quantité énorme de micrococci. Dans les caillots cardiaques, les microbes se montraient à un état d'évolution plus avancé, et dans certaines colonies ont pouvait reconnaître les longues branches enchevêtrées, caractéristiques du leptothrix, sans qu'on puisse affirmer l'identité du leptothrix buccalis décrit par Schrott et Miller et des végétations parasitaires des caillots.

M. HACHE.

Zur Mortalität der operirten Hasenscharten und Gaumenspalten (De la mortalité dans les opérations de bec-de-lièvre et de fentes palatines), par A. HOFFA (*Arch. f. klin. Chir.*, *Band XXXI*, *Heft* 3, *p.* 548).

Hoffa a réuni 80 nouveaux cas qui ont donné une mortalité de 30 0/0. Sur ces 80 opérations, 64 ont été faites avant la fin de la première année. En réunissant les 64 cas aux statistiques déjà connues, on obtient un total de 373 enfants opérés pendant la première année. La mortalité a été de 35 0/0. La mortalité normale des enfants de cet âge est en moyenne de 25 0/0. Il y a donc une augmentation de la mortalité de 10 0/0. Cette mortalité dépend-elle de la malformation ou de l'opération? Pour trancher cette question, l'auteur divise les cas en trois groupes. Le premier groupe renferme ceux où la lèvre est seule atteinte, 24 0/0 de mortalité; le second, les fentes unilatérales (29 0/0); le troisième, les fentes bilatérales avec os proéminents (mortalité de 50 0/0). L'énorme différence qui sépare ces chiffres montre que la malformation elle-même a une influence considérable sur la mortalité. Gotthelf pense que c'est surtout l'opération qui est responsable de la mortalité. Hoffa n'a pas trouvé un seul cas de mort qui ait suivi immédiatement l'opération. Dans les deux premières semaines qui suivent l'intervention, la mortalité ne s'élève pas, quoi qu'en pense Gotthelf, à plus de 6 ou 7 0/0. De la troisième semaine au troisième mois, la mortalité s'élève à 15 0/0. En outre, les causes de la mort (catarrhes intestinaux, broncho-pneumonies, marasmes) montrent que ce n'est pas l'opération en elle-même qui est cause de la mortalité.

Trois mois après l'intervention, le quart des opérés a déjà succombé. Ce résultat pourrait surprendre, si l'on ne savait combien est grande la mortalité des enfants atteints de fentes palatines. Malheureusement il n'existe aucune statistique précise sur le sujet, mais on sait combien il est rare de rencontrer des adultes porteurs de fentes palatines congénitales.

Du troisième mois à la quatrième année qui suit l'opération, la mortalité est de 16 0/0. La mortalité diminue donc à mesure qu'on s'éloigne de l'opération, c'est-à-dire à mesure que les enfants avancent en âge, absolument comme la mortalité normale.

Pour les cas de fentes bilatérales opérées pendant la première année, la mortalité a été de 63 0/0. Quatre seulement des opérés sont morts peu après l'opération : il ne saurait donc être question de rattacher la mortalité à l'acte chirurgical lui-même.

Hoffa a établi des courbes comparatives du nombre des opérations, de la mortalité des opérés et de la mortalité normale des enfants, pendant les 12 premiers mois de la vie. Il ressort nettement du tableau que la mortalité diminue à mesure que l'âge des opérés s'élève. Ceux qui sont opérés tardivement meurent beaucoup moins, parce qu'ils ont déjà prouvé qu'ils sont capables de vivre.

L'auteur pense que le temps le plus favorable pour l'opération est celui qui s'étend du deuxième au sixième mois. Plus tard survient la période de dentition, qui doit être évitée. Le principal avantage de l'opération hâtive, c'est que l'occlusion de la perte labiale amène un rétrécissement de la fente palatine. PIERRE DELBET.

Ulcère tuberculeux des lèvres d'origine traumatique, par EHRLICH (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p.* 665; *XXII*).

Malade atteint de phtisie pulmonaire avancée et présentant au niveau de la commissure labiale une ulcération qui s'étend sur la joue; le fond et le pourtour de cet ulcère sont couverts de petites granulations; le fond de l'ulcère offre de nombreux bacilles tuberculeux. L'ulcération est apparue à la suite d'une blessure que le malade s'est faite avec une fourchette (*R. S. M.*, XXI, 459, et XXVI, 132). J. B.

Chondroma of the upper lip (Chondrome de la lèvre supérieure), par A. R. ROBINSON (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 *août* 1886).

Homme de 36 ans. La tumeur, apparue depuis deux ans, mesurait un pouce de long sur trois quarts de pouce. La peau et la muqueuse étaient mobiles sur la tumeur, qui était bien limitée et encapsulée. La tumeur était formée de tissu glandulaire et de tissu connectif myxomateux et fibreux avec nombreux îlots de cartilage; c'était un chondrome à cellules ramifiées.

L'auteur rapproche cette observation des cas décrits par Paget sous le nom de tumeurs glandulaires labiales. A. C.

I. — A case of lympho-sarcomatous tumour of the tongue, par J. HUTCHINSON (*Med. chir. Transact., XLVIII, p.* 313).

II. — Neue Beiträge zur Hemiglossitis (Contribution à l'étude de l'hémiglossite), par Paul GUETERBOCK (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXIII, Heft* 5 *et* 6, 1886).

I. — Un étudiant de 22 ans portait une tumeur de la langue, croissant depuis 12 ans et peut-être davantage; indolente et de consistance pierreuse, elle était couverte de papilles non ulcérées; pas de ganglions. La santé était bonne, mais la tumeur remplissait la bouche, empêchait la respiration et la déglutition. On pratiqua la trachéotomie, puis la section du maxillaire inférieur, et l'on enleva la tumeur, qui pesait 210 grammes. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un lymphosarcome. Deux ans après, récidive dans la cicatrice, et mort. MAUBRAC.

II. — Gueterbock avait donné, comme caractères de l'hémiglossite, un début brusque auquel succédait, après peu de jours, une résolution rapide aboutissant presque toujours à une guérison complète, sans suppuration ni gangrène. Relativement à la suppuration et à la gangrène, les faits publiés depuis n'ont pas démenti cette assertion, si l'on ne confond pas avec l'hémiglossite les faits d'inflammation de toute la langue, qui n'aboutissent que d'un côté à la formation d'un foyer purulent. Mais il n'en est pas de même pour la guérison complète, et l'on connaît aujourd'hui des cas dans lesquels l'hémiglossite a laissé à sa suite une tuméfaction notable ou un noyau induré, qui n'a jamais grossi, il est vrai, ni nécessité d'intervention chirurgicale.

L'auteur insiste de nouveau sur l'importance des influences nerveuses sur le développement de cette affection, qu'il compare à l'herpès.

Comme traitement, un gargarisme indifférent suffit, et il faut s'abstenir de sangsues, de mouchetures et surtout d'incisions. M. HACHE.

I. — Ueber Blutcyste der seitlichen Halsgegend (Kyste sanguin de la région latérale du cou), par GLUCK (*Berlin. klin. Woch., n° 52, p.* 863, 28 *décembre* 1885).

II. — Zur operativen Behandlung des Hygroma Colli congenitum, par WÖLFLER (*Wien. med. Presse, n°* 28, *p.* 905, 1886).

III. — Eine vereinfachte Technik der Atheromexstirpation (Méthode simplifiée pour extirper les kystes sébacés), par C. LAUENSTEIN (*Centralblatt f. Chirurg., n°* 26, *p.* 441, 1886).

IV. — Genèse des kystes sébacés. Microcoque sébacé, par PONCET (*Bull. de la Soc. de chir., XII, p.* 456).

V. — Des kystes dermoïdes acquis, par POULET (*Ibidem, t. XII, p.* 460-463).

VI. — Die chirurgische Behandlung der Lymphdrüsenabscesse (Traitement chirurgical des abcès ganglionnaires), par STOCQUART (*Monatshefte f. prakt. Dermat., n°* 5, *p.* 208, 1886).

I. — C'est le 19e cas de kyste sanguin latéral du cou et le 6e opéré avec succès : les opérations antérieures sont dues à Siebold, à Hueter (*R. S. M., XI*, 635), à Langenbeck et à Wolff (2 cas, dont l'un rapporté *R. S. M., XXV*, 712).

La malade, une jeune fille de 16 ans, avait remarqué il y a dix ans la tumeur érectile qui donnait des variations de volume. Gluck en fit l'extirpation après ligature de la veine jugulaire interne et de ses branches : le sang était absolument fluide et s'échappa en jet.

Les particularités remarquables dans ce cas sont :

1° Les difficultés énormes de l'opération, qui a duré plus de trois heures, et a été pratiquée selon la méthode de Wolff;

2° La tumeur était un kyste du conduit branchial, à la face interne duquel se trouvaient des villosités verruqueuses revêtues d'un épithélium cylindrique stratifié et qui communiquaient par un large canal avec la veine jugulaire interne. J. B.

II. — Wölfler a traité avec succès, chez une petite fille de 3 ans, par la ponction et le drainage, un kyste congénital très volumineux du cou. La guérison a été complète en quatre semaines.

Pour obtenir de bons résultats, il faut employer le drainage antiseptique. On remplit la poche du kyste de gaze iodoformée tout en introduisant un drain volumineux.

L'auteur conseille ce procédé dans les cas où l'extirpation du kyste paraît impossible et où l'on considère comme dangereuses les injections irritantes dans la poche kystique. L. GALLIARD.

III. — La peau est parfois si amincie sur les grosses tumeurs, qu'on est exposé à couper la poche même du kyste en faisant l'incision sur la partie convexe de la tumeur. L'auteur propose de faire une petite incision à la peau sur la circonférence de la tumeur, là où elle est toujours séparée de la paroi kystique par un petit espace. L'incision faite, on glisse le manche d'un bistouri, et on décolle le sac de la peau; ce décollement opéré, on achève l'incision cutanée d'un coup de ciseau, et il ne reste plus qu'à cueillir le kyste. PIERRE DELBET.

IV. — En étudiant un grand nombre de kystes sébacés, Poncet y a toujours trouvé des parasites dont la grande quantité ne permet pas de

considérer la présence comme un accident, mais bien comme la cause principale de la desquamation et de l'accroissement du kyste.

V. — Poulet a étudié cette question étiologique à propos d'un cas personnel de plaie par instrument piquant de la paume de la main, suivie de formation d'un kyste dermoïde acquis. Extirpation. Guérison.

La plupart de ces tumeurs kystiques ont une origine traumatique ; ce ne sont pas seulement des greffes épidermiques, car la présence de la couche de Malpighi a été plusieurs fois constatée dans la paroi de ces cavités, ce qui fait préférer à l'auteur la dénomination de kystes dermoïdes acquis. Il s'agit d'un fragment de peau enfoncé par un instrument plus ou moins piquant et greffé au milieu des tissus.

Ces sortes de productions n'ont aucune malignité et sont aisément curables par l'extirpation totale de la membrane kystique.

MAURICE HACHE.

VI. — Au lieu d'inciser largement les abcès ganglionnaires ou de les ponctionner au trocart, l'auteur propose de les ponctionner d'abord, puis d'introduire dans l'ouverture un bistouri à extrémité mousse et à deux tranchants, sur le modèle d'un couteau de Bowmann. Il publie plusieurs succès dus à sa méthode. L. GALLIARD.

I. — On certain fatal cases of rapidly growing bronchocele (Observation de goitre à développement rapide amenant la mort), par A. MACDOUGALL (*Edinb. med. journ., octobre et novembre* 1885).

II. — Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique, par FORGUE (*Arch. de méd. milit.*, 16 *février* 1886).

III. — Kyste thyroïdien à parois calcifiées pris pour un chondrome kystique du cou, par HOUZEL (*Bull. de la Soc. de chir., XI, n°* 12, *p.* 928).

IV. — Beitrag zur Geschwulstlehre... (Tumeurs du corps thyroïde), par ZAHN (*Deut. Zeit. f. Chir., XXIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 297).

V. — Cancer du corps thyroïde développé dans un goitre ancien, par PEYROT (*Bull. Soc. de chirurg., XI, p.* 902).

VI. — Malignant disease of thyroid, par GULLIVER (*Brit. med. journ., p.* 446, *mars* 1886).

VII. — Goitres et médication iodée interstitielle, par DUGUET (In-8°. *Paris*, 1886).

VIII. — Mauvais effets des injections interstitielles dans un goitre, par BARDELEBEN (*Berl. klin. Woch.*, 14 *juin* 1886).

IX. — Tumeur du corps thyroïde, mort, par GUILLET (*Bull. soc. anat.*, 14 *mai* 1886).

X. — Injections d'iodoforme dans le goitre, par CASTELLA (*Rev. méd. Suisse Romande, V, p.* 185).

XI. — Ueber Kropfexstirpation (Extirpation de goitres), par BARDELEBEN (*Berl. klin. Woch.*, 25 *janvier* 1886).

XII. — L'énucléation intra-glandulaire des noyaux goitreux, par GARRÉ (*Wiener med. Woch., n°* 29, 1886).

XIII. — Le traitement du goitre par la ligature des artères afférentes, par WÖLFLER (*Ibidem, n°* 30, 1886).

XIV. — Vorstellung eines Fall von Cachexia strumipriva, par H. SCHMIDT (*Berl. klin. Woch.*, 28 *juin* 1886).

XV. — Acute myxœdema following thyroidectomy, par William STOKES (*Brit. med. journ.*, *p.* 709, *octobre* 1886).

XVI. — Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde, par J. REVERDIN (*Cong. franc. de chir.; Rev. de chir.*, *novembre* 1886.)

I. — Macdougall rapporte, dans cet intéressant mémoire, quatre faits de goitre qui, après être restés longtemps inoffensifs, atteignaient en quelques semaines des dimensions énormes et amenaient rapidement l'asphyxie des malades, à la façon des tumeurs du médiastin. La mort fut la conséquence constante de ce développement du corps thyroïde, et dans un cas où l'intervention chirurgicale avait été décidée, la syncope survint aux premières inhalations de choloroforme.

Ces cas ne paraissent pas tous comparables. Bien que malheureusement l'auteur n'ait pu faire l'autopsie d'aucun de ses malades, il pense que l'un de ces faits concernait une tumeur maligne du corps thyroïde, mais les trois autres étaient certainement des exemples de goitre vulgaire; non pas même du goitre mou, très vasculaire, qui, se développant en dedans du sternum, a une marche d'emblée inquiétante; mais bien du goitre fibreux et chronique. Il ressort donc de cette communication ce fait très important, qu'un goitre peut rester silencieux pendant des années, s'indurer, paraître absolument inoffensif pendant la plus grande partie de l'existence, puis brusquement s'accroître et mettre presque d'emblée la vie en danger. Il ressort également cette conclusion, qu'en pareil cas l'intervention chirurgicale doit être plutôt précoce que tardive, et complète plutôt qu'incomplète : car la description des opérations de trachéotomie tentées en pareille circonstance montrent que l'opération est par elle-même fort difficile, dangereuse, et souvent insuffisante, par suite de la profondeur de la trachée, qui ne permet pas à la canule de pénétrer dans son intérieur. H. R.

II. — 1re *Obs*. Garçon de 24 ans, au 24e jour d'une fièvre typhoïde, la température étant descendue à 37° et la convalescence établie, poussée fébrile à 40°,6 le soir, avec céphalalgie, malaise, tuméfaction douloureuse de la région thyroïdienne. (Le malade était porteur depuis son enfance d'un goitre de la grosseur d'un très petit œuf.) Les jours suivants la tuméfaction s'accentue, la peau devient rouge œdémateuse : la douleur est peu intense, et la fièvre s'abaisse progressivement. Le 1er avril, le 12 avril, petites poussées inflammatoires à répétition. Le malade quitte l'hôpital avec une masse indurée, résistante, inflammation chronique du tissu cellulaire : en un point limité, surface fluctuante, avec peau violette, amincie. Le malade, revu 3 mois après, avait une région thyroïdienne normale, après disparition du petit kyste qu'il portait depuis l'enfance et qui avait été l'occasion de la localisation typhique.

2e *Obs*. — S..., 25 ans, entre à l'hôpital le 29 septembre pour un goitre aigu. La thyroïdite était en voie de résolution et de guérison, lorsque le malade est atteint de fièvre typhoïde vers le 15 octobre. Le 28 novembre, le malade était convalescent, n'avait plus de fièvre, mangeait. Le goitre, qui avait diminué de volume, augmente de nouveau, surtout au niveau du lobe droit. Le 2 décembre, le malade crache tout à coup une grande quantité de pus, la tumeur thyroïdienne s'affaisse, et le 11 décembre elle a disparu complètement. MAUBRAC.

III. — Jeune fille de 22 ans, fait remonter à 10 ans le début de la tumeur,

qui a aujourd'hui le volume d'un gros œuf de dinde et commence à gêner la respiration et la déglutition. Elle est située sur le côté gauche du cou, proéminente en avant, à la hauteur occupée ordinairement par la glande thyroïde, qui est ici peu développée, car elle est inaccessible au toucher, dure, offrant en bas, en dedans et en arrière une consistance cartilagineuse. Pas de fluctuation manifeste. En l'abandonnant à elle-même, cette tumeur suit les mouvements du larynx, mais on peut l'immobiliser avec les doigts pendant la déglutition. Mobile en tous sens, elle n'est adhérente que par sa partie profonde. Ablation très facile. Le pédicule, assez large, est déchiré avec la sonde cannelée et les doigts ; il contenait 5 artères, dont une inférieure assez volumineuse, qui sont liées au catgut. Suites simples et guérison rapide. Il s'agissait d'un kyste thyroïdien calcifié.

Trélat a traité un kyste thyroïdien calcifié, fistuleux par suite de cautérisations antérieures. Il fit une large incision du kyste avec l'écraseur et enleva en plusieurs séances, par grattage, les concrétions calcaires qui incrustaient la paroi. La guérison fut complète. M. H.

IV. — Zahn rapporte d'abord deux observations de chondro-ostéo-sarcome du corps thyroïde, tumeur dont il n'a encore été publié aucun exemple.

La première observation a trait à une tumeur congénitale, elle a pour titre : Chondro-ostéo-sarcome thyroïdien contenant des faisceaux musculaires striés embryonnaires et des cellules pigmentaires, trouvé sur un fœtus humain. La seconde a trait à un chondro-ostéo-sarcome du corps thyroïdien et des poumons observé chez un chien. Z... le considère comme une tumeur acquise.

Il fait suivre ces deux observations de considérations sur la pathogénie et l'évolution des tératomes et des tumeurs mixtes.

Zahn étudie ensuite un cas d'adénome papillaire à cellules cylindriques du corps thyroïde chez un chien, qu'il considère comme congénital. Les tumeurs de ce genre doivent être regardées comme bénignes, bien qu'elles puissent récidiver sur place après une ablation incomplète. MAURICE HACHE.

V. — Il s'agit d'une femme de 40 ans, toujours bien portante, qui portait depuis 9 ans une tumeur thyroïdienne qui s'était accrue lentement sans autre symptôme qu'un peu de gêne de la respiration pendant les efforts. Un an avant de consulter Peyrot, elle vit la tumeur prendre un accroissement rapide et déterminer des troubles respiratoires plus intenses, des troubles de la déglutition, surtout pour les liquides, des altérations de la voix et de vives douleurs. Quand Peyrot l'examina, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus ; située du côté droit du cou, elle refoulait le larynx à gauche et la carotide en arrière, le chirurgien diagnostiqua un cancer développé dans un goitre ancien, et se décida à intervenir, sur les instances de la malade, dont l'état général était resté assez bon.

Pendant l'opération, il fallut faire la trachéotomie et réséquer, pour enlever tout le tissu morbide, la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique dans une grande étendue.

Suites des plus simples, sans aucun accident consécutif à la résection vasculaire et nerveuse, mais récidive rapide et mort de généralisation.

Peyrot estime que, dans une opération de cancer, l'ablation complète doit être cherchée avant tout, au prix même du sacrifice d'organes importants. Dans ce cas, du reste, la compression exercée par la tumeur sur les vaisseaux et le nerf en avait pour ainsi dire préparé la suppression, et explique l'absence de tout accident consécutif de ce chef. MAURICE HACHE.

VI. — Dans ce cas il s'agissait d'une tumeur cancéreuse du corps thyroïde qui avait infiltré le muscle sternohyoïdien. La lésion avait été trouvée sur une femme de 44 ans, souffrant depuis longtemps de myxœdème; la mort était survenue par épuisement. A ce propos, Gulliver fait remarquer que le cancer atteint souvent des organes fonctionnellement inertes. Il cite le fait d'un garçon de 18 ans, atteint de crétinisme : le corps thyroïde était hypertrophié, et à l'autopsie on trouva un cancer comme dans le cas présent.

Hadden ajoute que sur 30 cas de myxœdème dont il a pu relever les lésions microscopiques il existait toujours de la dégénération interstitielle du corps thyroïde, avec prolifération des cellules épithéliales, altération confinant à celles du cancer. H. R.

VII. — En présence de la cachexie qui suit fréquemment l'extirpation du goitre, Duguet est partisan d'une thérapeutique plus inoffensive; il emploie la méthode des injections interstitielles de Luton. Il a traité ainsi 34 malades (29 femmes, 5 hommes) et a obtenu 21 guérisons radicales, 7 améliorations, 6 états stationnaires. Sur ces 34 cas, on compte 28 goitres charnus, 6 kystiques.

Duguet emploie l'injection de teinture d'iode pure, en prenant toutes précautions pour que l'aiguille, et partant le liquide, pénètrent bien dans la masse de la tumeur. La teinture est injectée lentement, quand on s'est assuré qu'il n'y a, par l'aiguille, issue ni de sang ni d'autre liquide.

Ces injections sont suivies d'une réaction locale assez vive, caractérisée par de la douleur, de la tension du cou, quelquefois même d'un état général fébrile avec phénomènes d'iodisme.

Duguet explique l'action de l'iode par l'absorption qui se fait dans la tumeur et par l'irritation locale qu'elle détermine. Ces injections sont inoffensives; jamais l'auteur n'a observé de complications sérieuses; sur 727 injections il n'y a pas eu un cas de suppuration. A. CARTAZ.

VIII. — Bardeleben présente une tumeur du corps thyroïde dont une partie est occupée par une vaste cavité qui donna issue à une grande quantité de pus au moment de l'extirpation. Le malade avait été traité quelque temps par les injections d'acide arsénieux. Cette médication n'eut d'autres résultats que de faire grossir rapidement le goitre, d'augmenter les douleurs et la faiblesse du malade, qui dut être soumis à un traitement reconstituant avant de pouvoir subir l'opération radicale, devenue indispensable. L'extirpation de la tumeur fut des plus laborieuses. J. B.

IX.—Observation d'une malade atteinte de goitre depuis 5 années, à la suite de grossesses; la tumeur fut traitée par les injections interstitielles (50 injections) de teinture d'iode et diminua de plus d'un centimètre. Un an et demi après la cessation de tout traitement, la tumeur grossit, devient douloureuse, adhérente; la peau s'escarrifie; la malade meurt en six mois, sans dyspnée, par suite de douleurs intolérables et d'accidents inflammatoires de voisinage avec cyanose, etc. A l'autopsie on trouve une tumeur développée aux dépens du lobe gauche de la thyroïde, constituée par une poche unique, dont la paroi est formée par du tissu fibreux avec points de calcification; l'intérieur est rempli de fibrine coagulée. La trachée et l'œsophage étaient complètement refoulés à droite. A. CARTAZ.

X. — Jeune fille de 19 ans ayant un goitre parenchymateux de la grosseur d'un petit œuf de poule, qui gênait beaucoup la respiration et avait résisté à tous les traitements ordinaires. Castella, avant d'entreprendre l'extirpation, tenta les injections d'éther iodoformé, qu'il répéta de 3 en 3 jours. Au bout

de 4 injections, le goitre disparut; la guérison s'est maintenue depuis plusieurs mois. J. B.

XI. — Bardeleben a pratiqué 7 extirpations de goitre dans les 11 premiers mois de 1885.

1[er] *cas.* Femme de 17 ans; incision latérale ascendante oblique. Lors de l'opération la trachée était molle et aplatie; maintenant elle est redevenue complètement normale. En outre, malgré sa jeunesse, l'opérée ne présente aucun trouble du système nerveux, du moral ou de l'intellligence.

2[e] *cas.* Femme. Tumeur de 750 grammes exigeant 60 ligatures. Guérison par seconde intention.

3[e] *cas.* Femme de 27 ans. Tumeur de 262 grammes; 62 ligatures. Cicatrisation par première intention.

4[e] *cas.* Jeune fille ayant eu quelques accidents tétaniques avant de guérir.

5[e] *cas.* Femme de 27 ans. Tumeur fluctuante (kyste à cholestérine avec parois épaissies pesant 422 grammes; trachée composée d'avant en arrière.

Toutes ces opérées ont guéri, mais les 2 suivantes ont succombé.

6[e] *cas.* Sarcome malin de 325 grammes dont l'énucléation fut extrêmement laborieuse car la tumeur se prolongeait dans la cinquième vertèbre cervicale. A l'autopsie, métastases sarcomateuses dans le poumon et le rein.

7[e] *cas.* Fille de 15 ans; tumeur de 250 grammes nécessitant 72 ligatures. Après l'opération, la dyspnée ne diminue pas; elle persiste même entière malgré une trachéotomie faite deux jours plus tard; à l'autopsie, pneumonie double.

Bardeleben croit que les cas de cachexie consécutives à l'ablation du corps thyroïde tiennent à une complication de crétinisme; ainsi la chose ne s'explique pas physiologiquement; chez les animaux, on peut extirper la rate et la thyroïde sans inconvénient.

Dans la discussion, Rose déclare n'avoir jamais vu non plus de cachexie à la suite de ses opérations de goitre.

E. Hahn laisse ses patients couchés sur la table opératoire, une ou deux heures, puis il tamponne la plaie avec de la gaze au bismuth et n'applique les sutures qu'au bout de 24 heures, ce qui évite les hémorragies secondaires. J. B.

XII. — Garré fait connaître le procédé de Socin (calqué sur celui de Julliard, Reverdin) pour l'énucléation des nodosités goitreuses. Ce procédé repose sur ce fait que ces parties dégénérées se présentent en général sous la forme de nodosités bien circonscrites, isolées plus ou moins par une capsule conjonctive, qui permet l'énucléation. Il faut rechercher ces nodosités et s'attaquer à elles; on évite ainsi l'ablation de tissus sains. A. C.

XIII. — Wölfler, avant de pratiquer la ligature des thyroïdiennes, comme méthode curative, a fait un certain nombre d'essais sur des chiens goitreux, pour s'assurer de l'innocuité de cette double ligature. Le sujet sur lequel il la pratiqua ensuite, ouvrier de vingt-neuf ans, était porteur d'un goitre très volumineux, qui occasionnait une gêne respiratoire telle que le patient ne pouvait plus ni travailler ni dormir. La tumeur goitreuse étant beaucoup plus volumineuse dans sa moitié droite, c'est de ce côté que fut pratiquée la double ligature. La dyspnée fut calmée instantanément, et le malade jugea inutile de se soumettre à la ligature des artères thyroïdiennes du côté gauche. Sept mois après, le volume du goitre avait diminué de moitié.

Wölfler développe les raisons, d'ordre anatomique, qui le portent à

soutenir que la ligature isolée de l'une ou l'autre artère thyroïdienne est insuffisante pour obtenir la cure radicale d'une tumeur goitreuse, que la ligature simultanée des deux artères thyroïdiennes, supérieure et inférieure, de chaque côté, ne comporte pas de dangers sérieux de gangrène, et que la ligature des artères est plus rationnelle que la ligature des veines thyroïdiennes, proposée par Coarter (1818). Le manuel opératoire pour pratiquer la ligature de l'artère thyroïdienne est décrit par Wölfler dans ses moindres détails. RICKLIN.

XIV. — Jeune homme de 17 ans opéré il y a moins de 3 ans d'un goitre colossal par Kuester. La tumeur, qui dépassait le volume des poings, occupait à la fois les lobes latéraux et l'isthme du corps thyroïde. L'extirpation fut pratiquée en deux séances, et chaque fois une trachéotomie devint nécessaire au moment du faire le pansement, parce qu'on n'osa pas appliquer un bandage compressif auparavant, tellement les cartilages trachéaux ramollis s'affaissaient pendant l'inspiration.

Le jeune homme, qui était robuste et d'intelligence très éveillée, quitta l'hôpital 6 semaines après l'opération.

Depuis lors, son développement corporel s'est complètement arrêté et son embonpoint a considérablement souffert. Il en est de même pour l'intelligence; de tout ce qu'il savait auparavant, il n'a conservé que l'écriture et la lecture. Sa mémoire est complètement perdue; il reste des journées entières somnolent, sans songer à rien faire et sans manifester aucune volonté.

Dès qu'il marche un peu vite ou quelque temps, il a une grande gêne respiratoire, ce qui viendrait à l'appui de la théorie de Kocher, qui fait dériver ces accidents d'un défaut d'apport d'oxygène aux poumons. J. B.

XV. — Relation intéressante d'un goitre colloïde volumineux, survenu chez une jeune fille de 18 ans, fort intelligente et très vive, qui donnait lieu à des accès de suffocation et nécessita la thyroïdectomie. L'opération fut pratiquée en deux fois, et les deux fois la jeune fille faillit périr d'hémorragie; elle guérit cependant rapidement de la plaie. Mais le point sur lequel Stokes attire l'attention est le suivant. Après l'opération, malgré le bon état local de la plaie, des symptômes généraux se montrèrent rapidement : faiblesse, pesanteur des membres, douleurs dans les bras et les jambes, torpeur intellectuelle, lenteur de la parole, gonflement des paupières, bref, tous les symptômes du myxœdème, y compris d'autres phénomènes nerveux, tels que la dilatation pupillaire, les convulsions, la rapidité du pouls et les troubles respiratoires. H. R.

XVI. — D'après Reverdin, les accidents consécutifs à l'extirpation des corps thyroïdes dans l'espèce humaine sont constitués par le même ensemble de symptômes que le myxœdème ou cachexie pachydermique.

L'extirpation totale du corps thyroïde n'est pas fatalement suivie du myxœdème chez l'adulte.

Le myxœdème chirurgical est, contrairement au myxœdème médical, susceptible d'amélioration, peut-être même de guérison.

Dans les cas d'amélioration, on observe parfois, longtemps après l'extirpation, l'apparition de petites tumeurs probablement développées dans des lobes aberrants de la glande; mais l'amélioration peut se manifester en dehors de ces cas. PIERRE DELBET.

I. — The treatment of pulmonary cysts by large openings, etc. (Traitement des kystes hydatiques du poumon par large ouverture du sac et drainage consécutif), par John Davies THOMAS (*Brit. med. j.*, *p.* 692, *octobre* 1885).

II. — Kyste hydatique du poumon; ouverture ancienne dans les bronches. Sup-

puration abondante et fétide. Pneumotomie, par BOUILLY (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir., t. XII, p.* 646-655, 1886).

III. — Ueber die operative Behandlung, etc. (Traitement chirurgical des foyers malades situés au-dessous du diaphragme, par l'incision du diaphragme), par HERRLICH (*Deutsche milit. Zeitsch., p.* 411, 1886).

IV. — Résection d'une portion d'un poumon et extirpation d'un rein pratiquées avec succès sur le même sujet, par DEMONS (*Bull. de la Soc. de Chir, t. XII, p.* 450-455, 1886).

I. — Thomas commence par poser en principe que toute poche hydatique un peu volumineuse est impuissante à se frayer une issue par les bronches ou par la plèvre, et que des accidents de putridité et de fièvre hectique surviennent inévitablement, d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale pour extraire le corps étranger. Il a pu recueillir dans la littérature 32 cas d'hydatide pulmonaire opérée chirurgicalement, dont cinq lui sont personnels. Le résultat général est de 27 guérisons pour 5 morts seulement; le poumon droit était affecté de préférence dans 19 cas. Quatre fois, l'hydatide était manifestement pleurale, 19 fois pulmonaire; dans les autres cas, le siège exact de l'hydatide était douteux.

Le mode opératoire dépend du diagnostic précis de la nature et du siège de la lésion. L'opération est contre-indiquée dans les régions sous-claviculaires en raison des gros vaisseaux que l'on rencontre à ce niveau ainsi que dans la portion du thorax recouverte par l'omoplate.

Le point le plus superficiel du kyste ayant été déterminé, on incise largement les muscles intercostaux, et après avoir arrêté l'hémorragie superficielle qui se produit, on enfonce profondément, soit une lame de scalpel, soit de préférence un trocart volumineux, dans la poche kystique. On dilate ensuite l'ouverture avec une pince, ou mieux avec le doigt, de façon à déchirer le tissu pulmonaire et à éviter l'hémorragie. Cela fait, la vésicule mère de l'hydatide se présente ordinairement à l'entrée des lèvres de la plaie, et une ou deux secousses de toux l'expulsent en totalité. Il vaut mieux la faire sortir ainsi que de l'attirer par des tractions avec les pinces, en raison de la friabilité de la membrane : on l'a bien plus facilement tout entière.

Après l'ouverture du kyste, Thomas ne pratique pas d'injections antiseptiques, pour éviter les quintes de toux violentes qu'elles déterminent. Il se borne à établir un gros drain en permanence, qui élimine au dehors les sécrétions purulentes plus ou moins putrides en raison du contact inévitable de l'air. Le seul pansement est une gaze boriquée ou phéniquée. Généralement les suites de l'opération sont des plus simples. H. R.

II. — Homme de 46 ans. Il y a dix ans, en 1876, signes de pleurésie abondante terminée par une vomique formée d'une quantité de liquide et de vésicules évaluée à deux litres. Depuis, expectoration purulente très fétide, toux presque continuelle, avec poussées aiguës de temps à autre. Entré dans le service de Gombault en juin 1886, celui-ci reconnaît par l'auscultation une vaste cavité dans la partie antérieure du poumon droit, pas absolument superficielle, sans déformation aucune de la paroi thoracique.

Opération le 3 juillet, avec anesthésie chloroformique. Lambeau carré en U de 10 centimètres de côté, à base supérieure. Section verticale des muscles pectoraux. Résection de 6 à 7 centimètres des 3e et 4e côtes avec les muscles

intercostaux correspondants. Plèvre facile à décoller. Ponction exploratrice avec un petit trocart sur lequel, comme conducteur, la caverne est ouverte au thermo cautère après avoir traversé les deux feuillets accolés de la plèvre et un centimètre environ de tissu pulmonaire carnifié et résistant.

La caverne est ouverte par une 2e incision en T (5 cent. sur 4). Hémorragie veineuse assez abondante par la plaie et la bouche, arrêtée par le tamponnement avec trois grosses éponges. Une injection de morphine de 5 milligrammes rend la respiration plus calme. Les éponges sont remplacées par des tampons de gaze iodoformée, sans nettoyage à cause de l'hémorragie et de la dyspnée. L'opération a duré 20 minutes.

Suites très simples. Les quintes de toux et l'expectoration fétide disparaissent immédiatement. Le 21 juillet (13e jour) le malade commence à se lever. La plaie se rétrécit. Presque plus d'expectoration, sans odeur. Pansement tous les 3 jours. MAURICE HACHE.

III. — Femme de 35 ans, à laquelle Herrlich ouvrit, dans le côté droit du thorax, au-dessous du diaphragme, un abcès fétide qui guérit. L'opération fut faite comme une thoracotomie, avec résection de la 7e côte : elle ne différa de l'opération ordinaire de l'empyème que par l'incision du diaphragme, qu'on pratiqua pour évacuer le pus.

Le diaphragme qui faisait saillie par l'incision fut attiré dans la plaie extérieure, suturé en ce point, pour assurer l'écoulement. L'opération montra qu'il s'agissait d'un kyste à échinocoque de la convexité du foie. M. H.

IV. — Le 30 août, un homme de 49 ans reçoit en arrière du 9e espace intercostal un coup de couteau, immédiatement suivi d'une hernie du poumon, sans hémoptysie ni pneumothorax, et d'une hématurie légère. Le 8 septembre, la portion herniée du poumon est enlevée à l'écraseur. On reconnaît que la plaie laisse passer de l'urine, et la néphrectomie est pratiquée le 26 septembre par la voie lombaire.

Le pédicule, divisé en 2 moitiés, est lié en masse, sans isoler l'uretère. Guérison retardée jusqu'au 20 décembre par la persistance, derrière les sutures, d'un gros paquet de tissu cellulaire sphacélé. MAURICE HACHE.

Excision eines Stückes der Carotis mit konsecutiven Hirnerscheinungen (Excision d'un segment de la carotide, troubles cérébraux consécutifs), par MAYDL (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 *mars* 1886).

Sujet de 20 ans, atteint de tumeur de la région sushyoïdienne gauche, considérée d'abord comme un anévrisme carotidien, puis comme un lymphosarcome. En l'extirpant, il est impossible de ménager complètement la carotide, dont on excise un segment. La plaie guérit.

Les premiers jours, rien de cérébral. Le 5e jour, hémiplégie droite, aphasie, paralysie de l'hypoglosse. Les membres recouvrent vite leur motilité, mais l'aphasie et la paralysie de l'hypoglosse persistent, avec tendance à diminuer progressivement. L. GALLIARD.

I. — Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage, par BARRAL (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Erweiterung von Narbenstricturen des Œsophagus (Dilatation des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage), par MAYDL (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 *juin* 1886).

III. — De la gastrostomie pour rétrécissements de l'œsophage, par N. A. VELIAMINOFF et BOGAEVSKY (*Chirurg. Westnik*, *mai-juin-septembre* 1885).

IV. — *Idem*, par SARYTCHEFF (*Med. Obosren.*, *n°* 2, 1885).

V. — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Ad. KNIE (*Ibidem, janvier* 1886).

VI. — Trois cas de gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Dmitry MOROZOFF (*Egened klin. Gazeta*, n° 15, 1885).

VII. — Successful gastrostomy, par W. SQUARE (*Brit. med. journ., p.* 19, *juillet* 1886).

VIII. — Gastrostomie et dilatation digitale du pylore dans un cas de cancer de cet orifice, par P. BERTOYE (*Lyon méd.*, 16 *mai* 1886).

IX. — Ueber Magencarcinome (Traitement chirurgical du cancer de l'estomac), par Eug. HAHN (*Berl. klin. Woch.*, 14 *décembre* 1885).

X. — Præparat eines Carcinoma Pyloris (Extirpation du pylore cancéreux), par KOCHER (*Corr. Bl. f. sch. Aerzte*, 1er *février* 1886).

XI. — Autopsie d'une femme ayant subi la résection du pylore et la gastroentérostomie, par SOCIN (*Ibidem*, 1er *mai* 1886).

XII. — Gastrostomie wegen Fremkörper (Gastrostomie pour corps étranger), par CREDÉ (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXI, Heft* 3, *p.* 594).

XIII. — Extraction d'une fourchette de fer par la taille stomacale, par POLAILLON (*Bull. acad. de méd., XVI, n°* 34).

XIV. — Ueber die Diagnose der Verengerung des ... (Rétrécissement de la partie inférieure du duodénum), par A. CAHN (*Berl. klin. Woch.*, 31 *mai* 1886).

XV. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire, par DENUCÉ (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1886).

XVI. — Cholecystectomie bei Hydrops der Gallenblase (Cholécystectomie pour hydropisie de la vésicule, guérison), par E. KÖHL (*Corr. Bl. f. sch. Aerzte*, 15 *avril* 1886).

I. — Barral cherche à établir les signes distinctifs des divers rétrécissements de l'œsophage ; il insiste un peu sur les formes mal connues, rétrécissements tuberculeux, syphilitiques et primitifs, c'est-à-dire succédant à un ulcère simple de l'organe. Il rapporte une observation intéressante d'infiltration purulente des tuniques de l'œsophage avec petit abcès retro-œsophagien ayant fait croire à un rétrécissement cancéreux. Il donne, en terminant, les indications thérapeutiques et opératoires de chaque variété. MAURICE HACHE.

II. — Maydl décrit un nouveau procédé de dilatation des rétrécissements œsophagiens.

Il s'agit d'un sujet de 22 ans, porteur d'une sténose cicatricielle infranchissable. Gastrostomie en deux temps le 24 et le 27 mai 1885. L'opéré se remet ; on l'alimente par la fistule gastrique, mais on ne peut pratiquer le cathétérisme œsophagien. Aussi l'auteur intervient-il en mai 1886. Il introduit par la bouche la bougie n° 5, qui seule peut franchir l'obstacle, et au moyen d'une pince introduite par la fistule il va à la recherche de l'extrémité inférieure et l'attire au dehors. Après fixation d'un fil de soie au bout supérieur, qui est le plus volumineux, il fait sortir toute la bougie par la fistule gastrique, ne laissant dans les voies digestives que le fil de soie. Ce fil sert à conduire lentement, par le même chemin, la bougie n° 10, qu'on laisse en place. Au bout de vingt-quatre heures elle est extraite et remplacée par le

fil. Trois jours plus tard, nouvelle bougie, qu'on laisse douze heures. La manœuvre est renouvelée tous les deux jours. On passe le n° 15, et le chirurgien espère arriver au n° 19. L. GALLIARD.

III. — Relation de six cas de gastrostomie faite pour rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Veliaminoff.

1° Femme de 58 ans. Cathétérisme impossible. Gastrostomie. Mort au huitième jour, de pneumonie hypostatique. A l'autopsie, pas de péritonite, mais catarrhe gastro-intestinal intense.

2° Homme de 52 ans. Mort au troisième jour de l'opération. Pas de péritonite.

3° Homme de 50 ans. Opération en deux temps à quatre jours d'intervalle. Cathétérisme rétrograde du rétrécissement œsophagien par l'estomac. Survie de 8 mois. Mort de cancer des bronches.

4° Homme de 55 ans. Opération en deux temps à trois jours d'intervalle. Mort de pneumonie hypostatique le neuvième jour.

5° Homme de 51 ans. Mort au quinzième jour, d'œdème pulmonaire.

6° Homme de 52 ans. Par mégarde, on ouvrit le colon transverse au lieu de l'estomac; l'erreur fut révélée le troisième jour par l'issue de fèces. Refus du malade d'une nouvelle intervention. Il accepte deux mois plus tard. Vogel sépara le colon, ferma l'ouverture, le rentra dans l'abdomen et fit la gastrostomie. Mort au dix-neuvième jour, de gangrène pulmonaire par perforation de l'œsophage dans une bronche. La plaie du colon était bien fermée.

Bogaevsky a opéré un homme de 52 ans.

Opération en deux temps à sept jours d'intervalle. Amélioration manifeste; des complications diverses, rhumatisme articulaire, gastrite, dysenterie et pneumonie hypostatique amenèrent la mort au quatre-vingt-huitième jour.

IV. — Sarytcheff rapporte un cas de gastrostomie fait par Sklifosowsky chez un homme de 59 ans.

Opération en deux temps à neuf jours d'intervalle. Mort, six mois après, d'épuisement dû aux progrès du cancer.

V. — Knie a vu dans son hôpital, de 1881 à 1885, 27 cas de cancer de l'œsophage. La gastrostomie fut pratiquée dans 13 cas (3 morts, 10 survies de 2 à 9 mois) toujours en deux temps, à intervalle de huit à neuf jours, une fois de quatorze heures seulement.

VI. — Trois cas : un mort au troisième mois; un au quatrième jour, une survie dans lequel le malade se portait bien sept mois et vingt jours après l'opération.

Dans un quatrième cas, l'opération ne put être achevée ; une fois la cavité abdominale ouverte, la rate vint obturer la plaie abdominale, et, à chaque tentative pour l'écarter, la malade tombait dans un état syncopal tel qu'on dut s'arrêter et refermer le ventre. La guérison de la laparotomie se fit sans accident autre qu'un petit abcès. A. CARTAZ.

VII. — Femme de 63 ans, atteinte de dysphagie douloureuse, avec impossibilité d'introduire la sonde œsophagienne. Le 1er mai 1885 on fait la première partie de l'opération de la gastrostomie : incision de l'abdomen et suture de la paroi stomacale avec des fils d'argent. Le 3 mai, l'estomac est sectionné, et l'on introduit toutes les deux heures une once de lait peptonisé, indépendamment d'un lavement nutritif toutes les cinq heures. Le 23 mai elle quitte l'hôpital, se nourrissant bien et ne souffrant pas de l'estomac.

Pendant un an, la santé générale fut excellente, bien qu'elle ne pût pour ainsi dire avaler, et qu'elle continuât à se nourrir par la fistule gastrique. Le 11 avril 1886, elle fut prise de vomissements, et une grande quantité de pus s'échappa par le tube gastrique. A partir de ce moment elle déclina, et mourut quinze jours après.

L'autopsie fit voir un énorme ulcère qui avait détruit toute la partie inférieure de l'œsophage et avait déterminé une pleurésie gauche. L'estomac était sain, un peu enflammé au voisinage du cardia. H. R.

VIII. — Femme de 47 ans, atteinte de cancer pylorique, formant tumeur considérable et ayant amené une cachexie profonde par les troubles de nutrition et les vomissements. D. Mollière pratiqua l'opération suivante : gastrostomie qui permet de reconnaître que le pylore est presque complètement oblitéré par un néoplasme dur, non ulcéré. En insinuant peu à peu le doigt dans l'orifice, le chirurgien put le dilater doucement. Sonde à demeure stomacale. Neuf jours plus tard, premier pansement, lavage de l'estomac; seconde séance de dilatation pylorique ; troisième séance au onzième jour ; on alimente la malade par le pylore et le rectum. Émaciation progressive ; mort le dix-huitième jour, sans avoir eu un vomissement depuis l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite. L'orifice pylorique forme un conduit cylindroïde, long de 4 centimètres, laissant passer le petit doigt, sans aucune ulcération. A. C.

IX. — Hahn préconise l'incision exploratrice dans tous les cas douteux de rétrécissement du pylore ; c'est le seul moyen de ne pas laisser passer la période favorable à une résection, avant que l'état général soit devenu mauvais, ou qu'il se soit formé des métastases ganglionnaires ou des adhérences de la tumeur avec les organes voisins.

Chez deux malades où cette incision exploratrice a détourné Hahn de pratiquer la pylorectomie, il a fait une fois la dilatation digitale, sans ouvrir l'estomac, et en introduisant simplement dans le rétrécissement son doigt coiffé de la partie gastrique antérieure ; la malade a été soulagée durant quelques semaines. L'autre fois, Hahn a fait une gastrostomie, dilaté le pylore rétréci, en faisant passer des sondes à travers la fistule, mais la malade a également succombé au bout d'un certain nombre de semaines. A ce moment, Hahn ne connaissait ni l'opération de Loreta (*R. S. M.*, XXII, 308), ni celle de Wœlfler (*R. S. M.*, XXIII, 682), à laquelle il a maintenant recours de préférence à toute autre, en cas de cancers du pylore inextirpables. Mais il n'accepte ni la modification de von Hacker ni celle de Courvoisier (*R. S. M.*, XXIII, 684 ; XXVII, 664). Il se borne à faire à l'estomac et au duodénum une incision moitié moins grande (2 à 2 1/2 centimètres au lieu de 4 à 5) que celle généralement en usage.

D'après Kramer (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1885, n° 31), on a publié 82 résections du pylore ayant donné 61 décès; 72 de ces opérations faites contre un cancer ont été suivies 55 fois de mort, tandis que les 10 pratiquées par un rétrécissement cicatriciel du pylore, causé par un ulcère, ont eu 6 fois une terminaison fatale.

Quant à la gastro-entérostomie, elle a été exécutée jusqu'à 20 fois, dont 4 pour un rétrécissement non cancéreux avec 3 guérisons, et 16 fois pour un rétrécissement cancéreux avec 6 guérisons.

En somme, tandis que la pylorectomie fournit une mortalité de 74.4 0/0, celle de la gastro-entérostomie n'est que de 54.6 0/0.

Hahn a fait 4 fois la résection du pylore, dont deux avec succès, et 2 fois la gastro-entérostomie. J. B.

X. — La malade opérée il y a quinze jours peut être considérée comme guérie; elle mange bien, mais est encore très faible. L'opération a été facilitée par l'absence d'adhérences, quoique la longueur de la portion d'estomac

envahie par le cancer fût de 12 centimètres. Il y avait des ganglions dégénérés dans le ligament gastro-colique, qui furent extirpés.

Kocher a eu, il y a quelques jours, des nouvelles satisfaisantes de sa première résection d'estomac faite sur une femme (*R. S. M.*, XXIII, 677), il y a maintenant deux ans et deux mois. J. B.

XI. — A un an de distance, cette femme, qui a succombé le 7 janvier 1886, avait subi pour un cancer la résection du pylore et la gastro-entérostomie. Ces deux opérations lui ont procuré une survie de deux ans et demi.

La tumeur récidivée occupe la plus grande partie de la portion restante de l'estomac et a envahi aussi les parois abdominales.

L'ouverture de communication établie entre le jéjunum et le fond de l'estomac est encore intacte.

Jusqu'à la fin les fonctions intestinales se sont bien effectuées (*R. S. M.*, XXVII, 664). J. B.

XII. — L'auteur a pratiqué une gastrostomie pour extraire un râtelier avalé pendant la nuit. Il a fait à l'estomac une ouverture de 5 centimètres, l'a suturée et réduite. Il n'y avait pas d'adhérence ; les suites opératoires ont été exemptes de tout incident.

L'auteur se demande s'il n'est pas préférable, toutes les fois que cela est possible, de suturer l'estomac et de le réduire pour rétablir les rapports naturels.

Credé fait suivre son observation de deux tableaux. Il est remonté aux sources et corrige un certain nombre d'erreurs qui s'étaient glissées dans les statistiques. Dans le premier tableau se trouvent 10 cas de gastrostomie sans adhérences antérieures de l'estomac. Huit ont guéri ; résultat surprenant si l'on pense que quatre opérations ont été faites avant l'antisepsie.

Le second tableau renferme 9 cas, dans lesquels on a trouvé des adhérences. Un seul cas de mort. PIERRE DELBET.

XIII. — Il s'agit d'un avaleur de sabres âgé de 25 ans, qui, s'amusant à faire disparaître une fourchette de fer, la laissa glisser dans un accès de suffocation. Accidents immédiats presque nuls.

L'exploration de l'abdomen ne donnait pas la sensation d'un corps volumineux. La sonde œsophagienne à olive métallique ne donna pas le moindre renseignement. C'est alors que Polaillon eut recours à une sonde reliée à un électro-aimant. Pendant un moment équivalant à une fraction de seconde, on entendit le bruit révélateur de la pile, mais il fut impossible de le reproduire de nouveau. Une nouvelle série d'explorations permit cependant d'établir le diagnostic.

Une aiguille aimantée, d'une extrême délicatesse, s'orientait vers la région stomacale du malade, lorsque ce dernier s'approchait d'elle. Le malade faisait-il quelques mouvements, l'aiguille les suivait.

Un fort électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale du malade, produisait tout à coup, lorsqu'on faisait passer le courant, une voussure brusque de la peau, comme si un corps situé dans l'intérieur du ventre se précipitait vers l'électro-aimant. Suspendait-on l'électro-aimant à une corde, en face de l'estomac du sujet, on le voyait osciller, puis s'appliquer sur la peau toutes les fois qu'on fermait le courant.

L'existence du corps étranger mise ainsi hors de doute, Polaillon pratiqua la taille stomacale et retira la fourchette. La plaie stomacale fut suturée avec un fil de catgut. La plaie de la paroi abdominale fut fermée au moyen de fils d'argent.

La fourchette ainsi extraite mesurait 21 centimètres de longueur et pesait 59 grammes. G. DECAISNE.

XIV. — Homme de 34 ans ayant des douleurs effroyables à la partie supérieure du ventre et dans le dos qui, au bout d'un an, l'obligent à cesser tout travail. Constipation opiniâtre. Vomissements d'aliments non digérés.

Émaciation considérable, pâleur extrême et cachexie; expression douloureuse de la physionomie, même pendant le sommeil. Douleurs dans l'abdomen et les mollets fort intenses. Gonflement de la partie sus-ombilicale du ventre; un peu d'ascite. Tumeur transversale énorme s'étendant à droite jusqu'à la vésicule biliaire; en bas, facile à délimiter et de formes phérique, tandis qu'à gauche et en haut elle se confond avec l'estomac, qui, distendu par des gaz et des liquides, remplit l'épigastre et l'hypocondre gauche.

Dans la bourse droite, la queue de l'épididyme est indurée et noueuse; induration et nodosités remontant sur le canal déférent. Urines rares contenant très peu d'albumine mais beaucoup d'urates. Température au-dessous de la normale. Refroidissement des extrémités. Pour soulager le malade on pratique quelques lavages stomacaux qui donnent lieu à l'issue de bile parfois pure et en quantité considérable, surtout à la fin du lavage.

La distension de l'estomac avec une poudre effervescente montre que la tumeur en est complètement indépendante. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Estomac dilaté, mais normal, pylore intact. Rétrécissement de la partie inférieure du duodénum causé par un volumineux sarcome hémorragique des ganglions rétropéritonéaux supérieurs. La tumeur refoule le duodénum en avant d'elle contre la paroi abdominale et en a complètement aplati la partie inférieure, sans d'ailleurs attaquer ses parois. Les nodosités sont également sarcomateuses; la veine cave contient aussi des productions morbides analogues. J. B.

XV. — Après une revision assez longue des tumeurs proprement dites de la vésicule biliaire, des calculs biliaires, des phlegmons et fistules cutanées d'origine calculeuse, de l'hydropisie et de l'empyème de la vésicule, Denucé étudie l'intervention chirurgicale. Comme moyen de diagnostic, il rejette la ponction, à laquelle il préfère l'incision exploratrice. Puis il étudie, d'après les travaux antérieurs, le traitement du phlegmon biliaire, les opérations de cholécystotomie et cholécystectomie. Les indications du moment de l'intervention sont à peine indiquées.

Tableau de 43 observations de cholécystotomie (sans détails) avec 10 décès; 8 cas de cholécystectomie ont donné 2 morts. En défalquant les cas de mort dus à l'affection primitive, cancer du pancréas, duodénum, ou à des maladies étrangères, la statistique modifiée ainsi donne : 7 morts (16.28 0/0) pour la cholécystotomie, et 1 mort (12.50 0/0) pour l'ablation totale. MAUBRAC.

XVI. — Köhl donne le résumé des dix opérations de cholécystectomie et relate un onzième cas dû à Kroenlein.

Femme de 34 ans : tumeur en forme de poire, au niveau de l'hypocondre droit, rénitente, élastique, lisse, se déplaçant pendant les mouvements respiratoires, large de 7 centimètres et longue de 17. Son extrémité inférieure, qui atteint la symphyse dans la position verticale, est seule mobile. Selles de couleur normale. La malade ne garde presque aucun aliment et la tumeur croît rapidement. Cholécystectomie le 28 octobre 1885, par Krœnlein.

Incision abdominale au niveau du bord externe du grand droit du côté droit commençant au rebord des fausses côtes et s'étendant sur une longueur de 13 centimètres. Pas d'issue des intestins. La tumeur formée par la vésicule se présente immédiatement dans la plaie et est partout mobile, sauf au niveau de son intestin au foie, lequel envoie sur la vésicule une lame de tissu fibreux dense. Le seul temps laborieux de l'opération a été l'isolement de la vésicule d'avec ses adhérences à la face inférieure du foie; il nécessita

10 ligatures au catgut. A l'endroit où la vésicule se continue avec le canal cystique, on sent un calcul de la grosseur d'une cerise. Canal cholédoque libre. L'incision de la vésicule, pratiquée en dehors du péritoine, donne issue à 145 centimètres cubes d'un liquide blanchâtre filant et à deux calculs de cholestérine gros comme des cerises. En introduisant le doigt dans la vésicule, on sent dans le canal cystique le troisième calcul qu'il n'est pas possible d'extraire. Après avoir appliqué un fil de soie en amont de ce calcul, Krœnlein ouvre le canal et retire le calcul. Quelques gouttes de bile qui s'écoulent à ce moment sont absorbées par une éponge.

Ablation de la vésicule au-dessus de la ligature; désinfection du pédicule. L'artère cystique avait été liée isolément au moment où on détachait la vésicule du foie. Suture continue au catgut pour le péritoine; 13 points de suture pour refermer les parties molles.

Immédiatement après l'opération le pouls devient très faible et peu fréquent (52), bien que la malade eût absorbé peu de chloroforme et perde une quantité insignifiante de sang. Le collapsus dura un quart d'heure, malgré 3 injections d'éther.

Peu après l'opération, ainsi que les jours suivants, vomissements de bile presque pure : l'analyse du liquide biliaire y montre l'absence d'acides et de matières colorantes. Jamais l'opérée n'a eu de fièvre.

Pendant quelques jours le visage prit une teinte bronzée avec un peu d'œdème des joues et du front sans albuminurie. La plaie s'est réunie par première intention. Le 14e jour eut lieu la première garde-robe. A la fin de la 3e semaine, l'opérée se lève. Santé parfaite, son poids a augmenté de 5 kil. 50.

J. B.

I. — Die Radicaloperation der Hernien, par J. ANDEREGG (*Deut. Zeit. f. Chir. XXIV, Heft* 3 *et* 4).

II. — Hernie diverticulaire étranglée, perforation de l'intestin, mort, par DUTIL et TÉMOIN (*Gaz. méd. de Paris*, 12 *juin* 1886).

III. — Hernie crurale étranglée, opération, phlegmon gangreneux diffus, mort, par PAMARD (*Bull. Soc. de chir., XII, p.* 346).

IV. — Einklemmung des Wurmfortsatzes... (Étranglement de l'appendice vermiculaire, oblitération de l'iléon par rotation, laparotomie, mort, par GLASMACHER (*Deut. mil. Zeit., p.* 434, *septembre* 1886).

V. — Beitrag zur Behandlung der Darmocclusion... (Étranglement interne dans la hernie propéritonéale), par HÜRLIMANN (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *décembre* 1885).

VI. — Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis, par P. WIESMANN (*Ibidem*, 1er *septembre* 1885).

VII. — A case of strangulated hernia into the foramen of Winslow, par Elliot SQUARE (*Brit. med. journ., p.* 1163, *juin* 1886).

VIII. — Cure radicale de la hernie inguinale, rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses, par NICAISE (*Rev. de chir.*, 10 *juillet* 1886).

IX. — Ein Fall von Laparotomie bei Invagination des Colon descendens, par F. J. ROSENBACH (*Berl. klin. Woch.*, 2 *novembre* 1885).

X. — Laparotomie bei interner Darmocclusion (Laparotomie dans l'étranglement interne), par OBALINSKI (*Wiener med. Presse, n°* 4, 1886).

XI. — Tumeur fournie par un diverticule congénital de l'S iliaque, par MAAS (*Münchener med. Woch., et Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *mai* 1886).

XII. — Resektion von 1m,60 gangränösen Darm... (Résection de 1m60 d'intestin gangrené, suture), par Theodor KOCHER (*Ibidem*, 1er *février et* 1er *mars* 1886).

XIII. — Eine Darmresection in der Landpraxis (Résection de l'intestin à la campagne), par FREYER (*Deut. med. Woch.*, n° 28, 1886).

XIV. — A large calculus removed from bowels by inflation (Calcul retiré de l'intestin par l'insufflation rectale), par Thomas EVANS (*Med. News*, 9 *octobre* 1886).

I. — Ce travail est basé sur l'analyse de 136 opérations du professeur Socin. Sur ces 136 cas, 56 fois la cure radicale fut pratiquée pour des hernies non étranglées, 71 fois elle fut le complément d'une kélotomie motivée par un étranglement, et 9 fois Socin jugea la cure radicale contre-indiquée, après la kélotomie, à cause de l'état du péritoine ou de l'intestin.

L'auteur en tire les conclusions suivantes, qui diffèrent par plusieurs points des idées généralement admises en France à ce sujet.

La guérison durable des hernies par une opération est possible. Elle est la règle pour les hernies récentes, l'exception pour les hernies anciennes; on a donc d'autant plus de chances de l'obtenir que la hernie est plus récente et plus petite. Toutes choses égales, d'ailleurs, on a plus de chances de succès chez les sujets encore en voie de croissance que chez les adultes.

Le pronostic au point de vue de la guérison durable est assombri par l'existence d'une double hernie chez le sujet opéré, et aussi par l'existence de hernies chez ses proches parents. La toux et des travaux fatigants empêchent la guérison et favorisent la récidive.

Les chances de récidive diminuent à mesure qu'on s'éloigne de l'opération, elles sont presque nulles au bout de 2 ans.

Le danger de mort que fait courir la cure radicale dépend au plus haut point de l'âge du sujet, de la nature et du volume de la hernie, et de la nécessité d'une résection épiploïque.

Chez les individus jeunes et d'âge moyen, bien portants, ce sont surtout les hernies inguinales très récentes qui réclament la cure radicale. Elle est aussi indiquée pour les hernies très douloureuses, quelles qu'elles soient, d'autant plus qu'elles sont moins volumineuses et que le sujet est plus jeune. Les hernies énormes chez des sujets âgés ou malades doivent être considérées comme inopérables. — A moins de contre-indication, la cure radicale doit compléter toute kélotomie pour étranglement.

La meilleure méthode à employer est l'extirpation du sac herniaire après la ligature double ou multiple, faite aussi haut que possible. La suture de l'orifice herniaire n'est pas à employer. L'épiploon adhérent hypertrophié ou altéré par l'étranglement doit être réséqué et son pédicule réduit.

Après l'opération, tant qu'on n'a pas constaté de récidive, le port d'un bandage est absolument inutile. MAURICE HACHE.

II. — Femme de 56 ans. Le 15 mars, apparition, dans le pli inguinal droit, d'une tumeur douloureuse, avec nausées et vomissements, qui se renouvellent deux on trois fois dans la soirée. Le lendemain, la malade reprend son travail; dans les jours qui suivent, la tumeur reste un peu douloureuse; mais

il n'y a pas de constipation. Des vomissements ayant reparu le 23 mars, la malade entre à l'hôpital : on constate, au-dessous de l'arcade crurale, une tumeur arrondie, oblongue, du volume d'une grosse noix. Mate, modérément tendue, de consistance uniforme, irréductible, peu mobile sur les parties profondes sans pédicule net. Le lendemain, une selle normale et copieuse. Deux jours après, plusieurs accès de coliques violentes, dont l'un se termine par une lipothymie mortelle.

L'autopsie montre, outre des signes de péritonite peu étendue, une sorte d'appendice vermiculaire engagé dans un orifice étroit correspondant à la partie interne de l'anneau crural; cet appendice, qui est un diverticulum canaliculé de l'intestin grêle, est noirâtre, sphacélé à sa partie terminale : ce diverticulum s'est étranglé, sphacélé, perforé, d'où un épanchement de matières stercorales et la lipothymie terminale. OZENNE.

III. — Pamard a remarqué au moment de l'opération sur la face interne du sac 3 ou 4 petites vésicules pleines de sérosité noirâtre. Quoique le sac ait été lavé à plusieurs reprises avec de l'eau phéniquée forte, il pense que le contenu de ces vésicules a été l'agent d'infection. Dans un cas analogue, il détruirait les vésicules avec le cautère actuel.

MAURICE HACHE.

IV. — Jeune soldat, porteur depuis plus d'un an d'un kyste du cordon spermatique, situé au niveau de l'orifice interne du canal inguinal droit. Le 23 octobre 1885, durant la nuit, douleur subite, très vive dans l'abdomen, surtout à la région ombilicale : le jour suivant, la sensibilité avait diminué et le malade était allé à la selle. Le 26, dans la nuit, douleur vive à la fosse iliaque droite et autour de l'ombilic: vomissements, météorisme, pouls 90, température 39°, 2. Le 27 au matin, la douleur persiste, on trouve le kyste sur le côté interne du cordon, très tendu : on porte le diagnostic : étranglement de l'intestin ou de l'épiploon. On ouvre le sac herniaire et on retire du kyste une cuillerée à café de liquide séreux, sans odeur ou matière anormale : le kyste,dont la paroi est légèrement enflammée,est extirpé : le malade se trouve soulagé par l'opération, mais dans la nuit vomissements incessants, qu'on arrête par le lavage de l'estomac. L'état restant toujours très grave, le 29, laparatomie. Péritonite généralisée, les anses intestinales sont adhérentes : du pus recouvre le cœcum, l'extrémité de l'iléon, les anses situées au niveau de l'ombilic; malgré de laborieuses recherches, on ne put trouver la cause de l'arrêt des matières, même après avoir, par une ponction, dégagé l'intestin des matières et des gaz qui le distendaient. Mort 12 heures après l'opération.

Autopsie. L'intestin avait changé complètement de direction; fléchi à gauche, il avait subi une demi-rotation: lorsqu'il fut débarrassé de ses adhérences et redressé, le cours des matières se trouva rétabli. M. H.

V. — Femme de 67 ans, ayant remarqué depuis quelques mois dans son aine gauche la présence d'une petite tumeur qui, hier, a brusquement atteint les dimensions d'une petite pomme, en même temps qu'elle devenait dure et douloureuse. Dans la journée aussi apparurent du météorisme et quelques vomissements. Dès le lendemain, Hürlimann ayant vainement fait le taxis pendant la chloroformisation, pratiqua aussitôt la kélotomie, 30 heures après les premiers phénomènes d'étranglement. La réduction de l'intestin hernié, qui était de la grosseur d'une noisette, se fit sans difficulté après débridement de l'anneau ; extirpation des deux tiers du sac herniaire. Lotions au lait de zinc, suture à étages, pansement de gaze au sublimé, drainage avec des fils de catgut entortillés sur eux-mêmes. — Dès le jour même, la malade eut deux garde-robes et rendit des gaz par l'anus. Durant les deux premiers jours, apyrexie. Le 3e, vives douleurs dans tout le ventre, vomissements de matières intestinales bilieuses. Un lavage de l'estomac produit une rémission

très grande. Le soir, un lavement détermine des selles abondantes et l'émission de gaz intestinaux.

Les deux jours suivants, l'amélioration persiste. Mais le 6e jour après l'opération les vomissements fécaloïdes reparaissent. Laparatomie après un lavage préalable de l'estomac qui fait cesser les vomissements et calme les douleurs. Incision cutanée de 13 centimètres tombant sur l'angle que l'arcade fémorale fait avec la ligne blanche ; incision péritonéale de 9 centimètres.

On trouve une anse d'intestin grêle engagée dans un diverticule du péritoine placé au-dessous et en dehors de l'orifice herniaire; l'entrée de cette poche est assez large, accessible pour deux doigts, l'anse intestinale n'y est ni infléchie ni étranglée à proprement parler: elle forme un cercle adhérent aux parois de la poche, qui a une profondeur maximum de 4 1/2 centimètres. En amont de l'occlusion, l'intestin distendu a presque le calibre du côlon; au-dessous, il a ses dimensions normales. Hürlimann réussit à détacher avec le doigt les adhérences; l'anse avait une longueur de 5 à 6 centimètres et son calibre était réduit à celui du petit doigt; ses parois étaient ratatinées, épaissies, rougeâtres, sanguinolentes.

Dans ces conditions, au lieu de pratiquer un anus contre nature, Hürlimann se décida à étirer en tous sens l'anse ratatinée et à pousser ensuite à travers le point rétréci les matières intestinales accumulées au-dessus de l'étranglement. Puis, avant de réduire l'intestin, il le baigna dans un lait de zinc.

Enfin, pour empêcher la reproduction de l'occlusion, l'épiploon de l'arcade herniée fut fixé avec des fils de catgut aux lèvres de la plaie.

Le lendemain matin, réapparition des vomissements, qui cèdent à un lavage de l'estomac. Dès lors, guérison rapide.

Hürlimann pense que dans la kélotomie il a replacé l'intestin hernié, non dans la cavité péritonéale, mais dans la poche propéritonéale, où, sous l'influence des contusions éprouvées pendant un taxis énergique, elle a rapidement contracté des adhérences. J. B.

VI.—Homme de 74 ans, ayant depuis une huitaine d'années une hernie inguinale gauche toujours maintenue réduite par un bandage, jusqu'il y a 48 heures où elle s'est étranglée.

Kélotomie. Wiesmann arrive dans un sac herniaire un peu plus gros qu'une noix, à parois très résistantes, et contenant quelques grammes de sérosité fétide. Au fond se voit l'intestin, gros comme une cerise; l'ayant attiré sur une longueur de 6 centimètres, pour vérifier son état avant de le réduire, Wiesmann constata l'absence de mésentère et ne tarda pas à reconnaître qu'il avait affaire à un diverticule de Meckel; en même temps, en glissant le doigt à travers le collet du sac, il n'arrivait pas dans la cavité abdominale.

Malgré le débridement de l'anneau constricteur, la réduction ne fut pas possible et Wiesmann songea immédiatement à une hernie propéritonéale; en effet, en introduisant le doigt à travers l'anneau débridé, on n'arrivait que dans une poche ayant les dimensions d'un œuf de poule, située en arrière des parois abdominales.

Wiesmann se décida à faire la laparotomie, qui révéla la présence d'un anneau fibreux donnant entrée dans la poche; une fois cet anneau incisé, la réduction de l'intestin devint possible.

Suture continue au catgut du sac herniaire et de la plaie péritonéale ablation avec les ciseaux de l'extrémité inférieure du sac herniaire extérieur ; drain et suture de la plaie cutanée. Mort 72 heures plus tard.

Autopsie. Anses intestinales agglutinées par un exsudat purulent abondant surtout dans l'aine gauche. Au niveau de l'orifice péritonéal du double sac herniaire et le recouvrant se trouve une anse intestinale jaune grisâtre complètement libre. C'est un diverticule de Meckel. La portion d'intestin à laquelle

le diverticule est appendu présente le même aspect et est unie à l'S iliaque par des fausses membranes récentes. Pas de perforation. Le diverticule se trouve à 92 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin.

Le sac herniaire se compose de deux poches : l'une grosse comme une cerise, située en avant des muscles abdominaux, immédiatement sous la peau et l'aponévrose; l'autre, qui communiquait avec la première par un orifice franchissable au petit doigt, était placée en arrière des muscles, mais en avant du péritoine; elle avait encore les dimensions d'un œuf de pigeon et était située en dehors et au-dessus du sac extérieur. Ce second sac communiquait seul avec la cavité péritonéale par un orifice accessible pour le petit doigt, placé immédiatement au-dessus du point d'union des deux poches.

Wiesmann a réuni 42 cas de hernies propéritonéales, dont 39 inguinales et 3 crurales, ces dernières toutes chez des femmes. Quant aux 39 hernies inguinales, elles ne comprennent qu'une femme.

Parmi les 38 hernies inguinales observées chez des hommes, 27 fois la hernie était sûrement congénitale et 19 fois elle se compliquait d'une descente incomplète du testicule, 21 fois elle siégeait à droite, 10 fois à gauche ; 7 fois le côté n'est pas indiqué. J. B.

VII. — Un jeune homme de 25 ans, d'une parfaite santé, est pris, sans cause connue, deux heures après son repas, d'une douleur violente et de vomissements ; cet état de choses dure près de deux jours, avec des intervalles d'apaisement et d'exacerbations, sans qu'il appelle un médecin. Le soir du second jour, il est vu pour la première fois par Square, qui le trouve très agité, la figure altérée, le pouls petit et fréquent. Le ventre n'est pas ballonné, sauf une légère tension au voisinage de l'ombilic : il y a du tympanisme au niveau du côlon transverse. Constipation absolue depuis trois jours, urine non albumineuse.

Un lavement savonneux est administré et donne lieu à une abondante garde-robe. Soulagement momentané. Mais, dans la nuit, vomissements fécaloïdes, agitation excessive, pouls misérable. La mort survient le matin, au bout de 3 jours et 17 heures de maladie.

A l'autopsie, péritonite presque nulle, sérosité sanguinolente entourant les anses intestinales. Gros intestin flasque; intestin grêle distendu. Près de 8 pouces d'iléon, à 2 pieds de sa terminaison dans le cæcum, étaient étranglés dans l'hiatus de Winslow, qui bridait l'intestin sans l'avoir ulcéré ni gangrené. Une opération pratiquée à temps aurait pu sauver le malade.

H. R.

VIII. — Homme de 23 ans, atteint depuis 6 ans d'une hernie inguinale gauche réductible, maintenue par un bandage, jusque dans ces derniers temps, où il devint insuffisant. La hernie, presque constamment dehors, déterminait des douleurs, ce qui engage à faire la cure radicale. Après incision des téguments, on aperçoit une membrane grise, à reflets bleuâtres, prise tout d'abord pour le sac, et qui n'est autre que la tunique fibreuse épaissie. Celle-ci incisée, on arrive sur le sac; la décortication est assez facilement faite. Le sac libéré, les anses intestinales dans l'abdomen, un fil double est passé au ras de l'anneau à travers le sac, qui est lié, ouvert et excisé. Guérison.

L'auteur fait remarquer que, dans ce cas, la tunique fibreuse était très hypertrophiée, et qu'après l'excision du sac péritonéal la grande poche fibreuse, limitée par la tunique fibreuse, se plissa de jour en jour, se recroquevilla et finit par former un cordon assez épais, allant du testicule à l'anneau inguinal externe. En quelque temps, ce cordon s'effaça en grande partie, prouvant ainsi qu'il paraît inutile de faire une résection de la tunique fibreuse, au moins en certaines circonstances. OZENNE.

IX. — Garçon de 5 ans et demi, pris subitement en jouant de vives douleurs abdominales et de ténesme. Les garde-robes sont tantôt composées de

matières fécales mêlées de sang, tantôt de mucosités sanguinolentes. Au côté gauche de l'abdomen, au niveau de l'iléon, tumeur dure de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse à la pression, qui la fait se contracter. Diagnostic : invagination intestinale.

Chloroformisation et douches rectales et massage. Sous l'influence de cette médication, la tumeur disparaît, et le lendemain l'enfant a des selles normales. Mais vers midi il est repris de coliques, de ténesme avec expulsion de mucosités sanglantes par le rectum et reproduction de la tumeur. Traitée de la même façon que la veille, la tumeur sembla disparaître, mais les symptômes fonctionnels persistèrent : toutes les deux heures, une garde-robe formée de mucus sanglant.

Le 5e jour, la tumeur, fusiforme, douloureuse, plongeait de la région hypogastrique dans le bassin ; le doigt introduit dans le rectum atteignait l'extrémité de l'intestin invaginé. Vomissements rares et uniquement alimentaires. Température : 38°,5.

Le 9e jour, l'état s'aggrave, le ventre se tympanise et les parents consentent enfin à la laparotomie.

Incision parallèle au-dessus du boudin intestinal, étendue de l'hypocondre jusqu'au-dessous de l'ombilic. Issue de liquide trouble de la cavité péritonéale. Pour atteindre l'extrémité inférieure de l'invagination, Rosenbach dut prolonger l'incision jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade fémorale. L'intestin invaginant situé dans l'hypocondre était médiocrement distendu et paraissait sain. Il fallut des tractions très énergiques et très prolongées pour attirer en haut et dégager l'intestin invaginé dont l'extrémité inférieure, rouge noirâtre, était fortement plissée et présentait au sommet de ses plis trois perforations dont la plus longue avait deux centimètres ; rien ne s'écoula par ces ouvertures, sinon des gaz. Nettoyage soigneux du péritoine et réduction de la portion d'intestin invaginé sain.

Mort six heures après l'opération dans le collapsus. Pas d'autopsie. J. B.

X. — Obalinski a pratiqué 20 laparotomies et n'a obtenu que six guérisons. Voici le résumé de sa statistique :

Étranglement interne.......	11 cas	5 guérisons	6 morts
Invagination................	3	—	3
Néoplasme intestinal	1	—	1
Péritonite par perforation ...	3	—	3
Péritonite circonscrite......	1	1 guérison	
Grossesse extra-utérine.....	1		1

L. GALLIARD.

XI. — Garçon de 14 ans, ayant, en outre d'une atrophie unilatérale de la face, un abdomen excessivement développé : 140 centimètres de circonférence. A la naissance, déjà son ventre était volumineux et n'avait cessé dès lors de s'accroître. A la percussion, nulle part de matité, mais tympanisme universel. Urines peu abondantes (700 centimètres cubes, sel contenant un peu d'albumine). L'enfant semblait recéler une provision inépuisable de matières fécales, bien qu'il ne prît que des jaunes d'œuf et du tokay. Maas fit le diagnostic d'hydronéphrose congénitale et pratiqua une ponction exploratrice dans la région lombaire gauche ; celle-ci ayant donné issue à un liquide d'odeur fécaloïde, Maas crut avoir pénétré dans l'intestin et fit aussitôt sur la ligne blanche une laparotomie exploratrice. Cette nouvelle opération ne permit pas davantage de poser un diagnostic, parce que la tumeur était parcourue de veines si nombreuses et si volumineuses qu'il n'y avait pas de place convenable pour faire une incision.

Le petit malade n'ayant pas tardé à succomber, on put reconnaître le véritable état de choses. Il s'agissait d'un diverticule colossal de l'S iliaque con-

tenant une grande quantité d'air et 12 litres de matières fécales. Les parois du kyste étaient très épaisses grâce à l'hypertrophie de la tunique musculeuse; l'intérieur du kyste était revêtu par la muqueuse intestinale. Le doigt introduit dans le rectum arrivait directement dans le kyste, tandis que de ce dernier on ne pénétrait dans le rectum qu'après avoir franchi une sorte de valvule très résistante. J. B.

XII. — Kocher relate d'abord un cas d'entérectomie avec entérorraphie suivi de guérison chez un homme de 57 ans, atteint d'inguinocèle étranglée; il dut réséquer $1^{m},60$ d'intestin et 32 centimètres de mésentère.

En commençant cette opération, il eut l'idée de mesurer la tension du liquide contenu dans le sac herniaire et la trouva égale à 67 centimètres d'eau. Comme Ludwig n'évalue qu'à 40 centimètres la tension sanguine dans les veines mésaraïques, on s'explique bien la stase veineuse due à l'arrêt complet de cette circulation.

Puis Kocher établit un parallèle entre l'entérotomie et l'entérectomie, d'où il conclut : Sauf les cas de hernie de Littre, où l'on peut établir une fistule stercorale, ceux de collapsus assez grave pour faire redouter toute opération prolongée et les circonstances défavorables à l'exécution d'une suture exacte et aseptique, dans tous les autres cas de gangrène, c'est non à l'anus artificiel, mais à la résection primitive de l'intestin avec suture qu'on doit recourir. J. B.

XIII. — Un garçon de 19 ans a été blessé au ventre par une décharge de pistolet. La plaie existe un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite et donne issue à une anse intestinale qui présente elle-même plusieurs plaies d'où s'échappent les matières fécales.

Résection d'un segment de l'iléon mesurant 39 centimètres; réunion des deux bouts par 20 points de suture, agrandissement de la plaie abdominale pour remettre l'intestin en place. On trouve dans le péritoine plusieurs grains de plomb, et l'écoulement d'une grande quantité de sérosité par l'ouverture indique le début d'une péritonite. Pas d'occlusion, drainage, pansement antiseptique, opium à l'intérieur. Pas de fièvre, mais le 6ᵉ jour on trouve des matières dans le pansement. Du reste, les évacuations par l'anus s'effectuent bien.

Comme les matières ne pénètrent pas dans la cavité péritonéale, l'auteur attend la chute de l'escarre intestinale ; le 24ᵉ jour, il tente l'occlusion de la fistule. Quatre tentatives échouent. C'est seulement le 48ᵉ jour qu'il obtient la cicatrisation définitive de la plaie. Pendant ce temps, les matières ont continué à circuler normalement. L'opéré reprend ses occupations peu après.

L. GALLIARD.

XIV. — Observation d'une malade qui souffrait depuis sept ans de crises hépatiques avec vomissements bilieux, ictère, etc., et qui fut prise d'accidents d'obstruction intestinale. L'auteur essaya, après bien d'autres moyens, de l'insufflation gazeuze dans le rectum et détermina ainsi l'évacuation. L'obstruction était causée par un gros calcul biliaire de 2 pouces et demi de long sur 4 pouces et demi de circonférence pesant 720 grains (36 grammes), qui partit avec la première débâcle. A. C.

I. — Contribution à l'étude du traitement des plaies récentes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon, par HARTMANN (*Rev. de chir.*, 10 *mai* 1886).

II. — Plaie pénétrante de l'abdomen avec lésion intestinale et sortie de matières alimentaires, guérison ; par PITTELOUD (*Rev. méd. Suisse romande, V, p.* 544).

III. — Ueber operative Behandlung der Peritonitis (Laparotomies pour péritonite suppurée), par KROENLEIN (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1ᵉʳ *juin* 1886).

IV. — **Traitement chirurgical de la péritonite, par TRUC** (*Thèse d'agrég. de Paris*, 1886).

V. — **Tumeurs du mésentère, par V. AUGAGNEUR** (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

VI. — **Eine grosse retro-peritoneale Cyste... (Kyste rétro-péritonéal à contenu chyleux), par Gustav KILLIAN** (*Berl. klin. Woch.*, *21 juin* 1886).

VII. — **Strozzamento da rotazione assiale di un sarcoma del grande epiploon (Étranglement par rotation sur son axe d'un sarcome de l'épiploon), par CHIARLEONI** (*Ann. univ. di med.*, *février* 1886).

VIII. — **Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane (Contribution à la chirurgie abdominale), par WITZEL** (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *Band XXIV*, *Heft* 3 *et* 4).

IX. — **Zur operativen Behandlung der Dickdarmcarcinome (Traitement chirurgical du carcinome du gros intestin), par RIEDEL** (*Deut. med. Woch.*, *n°* 15, 1886).

X. — **Fistule borgne interne du rectum, par DUBAR** (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 529).

I. — Après avoir discuté et critiqué les arguments donnés par les partisans de l'expectation dans les cas de plaies récentes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon, Hartmann, en s'appuyant sur quelques faits dans lesquels la réduction après excision a été suivie de guérison, pose les règles de conduite suivantes :

Bien laver avec une solution antiseptique forte les parties herniées ; réduire l'intestin, s'il y en a, à moins qu'il ne soit perforé ; tirer doucement l'épiploon un peu au dehors afin de faire porter la ligature sur des tissus sains et le sectionner au-dessus de la ligature.

Toucher le pédicule avec une solution antiseptique forte, puis le réduire, suturer les deux lèvres de la plaie abdominale préalablement désinfectée, en prenant dans la suture toute l'épaisseur des parois et adossant la séreuse à elle-même ; appliquer un pansement antiseptique, avec une couche d'ouate pour comprimer un peu l'abdomen et le laisser en place cinq jours. Au premier pansement, enlever les sutures.

OZENNE.

II. — Jeune homme de 27 ans, ayant reçu un coup de couteau en travers à la partie antéro-inférieure des fausses côtes gauches. La plaie, qui mesurait 8 centimètres de longueur, laissait échapper 45 à 50 centimètres de côlon transverse. Cet intestin était lésé lui-même ; la tunique externe était sectionnée sur une longueur de 3 centimètres, et l'interne sur une longueur de 1. Des aliments à peine digérés sortaient par la plaie.

Lotions à l'huile phéniquée au centième de tout le paquet intestinal ; 3 points de suture intestinale au catgut phéniqué, résection des intestins longue et douloureuse, le malade n'étant pas chloroformé. Réunion de la plaie abdominale par 4 sutures profondes. Guérison. J. B.

III. — Krœnlein a pratiqué 3 fois la laparotomie pour des péritonites aiguës généralisées et a réussi à sauver un de ses malades.

1er *cas*. Péritonite suppurée par perforation de l'appendice vermiforme. Le malade, agé de 17 ans, fut pris brusquement de vomissements fécaloïdes bientôt suivis de collapsus. On diagnostique soit un étranglement interne, soit une perforation de l'appendice iléo-cæcal. L'opération permit de constater la présence d'un orifice gros comme un pois au niveau de cet appendice. Après une double ligature, l'appendice fut réséqué ainsi qu'un tronçon d'épi-

ploon gangrené. L'opéré vécut encore deux jours et succomba au collapsus.

2e *cas*. Jeune homme de 18 ans, ayant depuis 8 jours des coliques, de la constipation et des vomissements, puis des symptômes de péritonite suraiguë. La laparotomie montra des matières purulentes entre les anses intestinales, avec épanchement considérable dans le petit bassin; ni perforation ni étranglement; par places, il existait un épaississement considérable de la partie intestinale. Après désinfection de la cavité abdominale, la plaie fut refermée. 10 jours plus tard, évacuation spontanée de matières, suivie d'une débâcle. Au bout de 7 semaines, le malade avait augmenté de 11 kilos et s'en allait guéri.

3e *cas*. Péritonite par perforation chez un homme de 61 ans. Le malade eut d'abord des symptômes d'iléus, puis de péritonite, et tomba rapidement dans le collapsus. La laparotomie, tentée comme dernier espoir, fit constater la présence d'une ulcération dans une anse d'intestin grêle, placée dans la fosse iliaque gauche. Après désinfection de la cavité abdominale, l'ulcération fut suturée. Mais au bout de quelques heures l'opéré succombait aux progrès du collapsus.

Klebs, qui a fait l'autopsie de ce malade, a reconnu la parfaite fermeture de l'ouverture de perforation; plus haut se voyaient 2 ulcérations anfractueuses plus petites. Il s'agissait d'une entérite diffuse qui paraît très commune à Zurich; la muqueuse est très épaissie et toutes les parois sont le siège d'une infiltration dure. Ces lésions entraînent un état rigide de l'intestin qui provoque une rétention des matières sans étranglement proprement dit. L'infiltration inflammatoire des parois peut être le point de départ d'une péritonite généralisée.

Kaufmann a observé 3 cas de péritonite suppurée aiguë chez des jeunes hommes de 16 à 22 ans. Le premier malade atteint de péritonite par perforation n'a pas été opéré. Kocher laparotomisa le second, le 31e jour des accidents, et retira 2 chopes d'exsudat. On ne vit pas de perforation. Après désinfection, on établit une fistule intestinale. L'opéré vécut encore 5 semaines, et l'autopsie n'apprit rien sur la cause de la mort. Le 3e malade succomba sans opération. J. B.

IV. — Après avoir discuté dans les diverses variétés de péritonites générales ou locales, aiguës ou chroniques, la nécessité d'une intervention, Truc arrive à conclure d'une manière assez uniforme qu'on ne doit intervenir chirurgicalement qu'en présence de troubles graves, généraux ou fonctionnels, dépendant directement de l'inflammation péritonéale et menaçant sérieusement la vie des malades. Le drainage, avantageux dans les péritonites enkystées, ne sera nécessaire, en cas de lésion généralisée, que lorsque la toilette péritonéale aura été incomplète et que la séreuse sera notablement altérée. On trouvera dans ce travail l'analyse sommaire de la plupart des observations de péritonite traitées par l'ouverture, le drainage ou d'autres méthodes opératoires. Index bibliographique à peu près complet. MAUBRAC.

V. — Après un historique très soigné, Augagneur étudie, d'après 80 cas, l'anatomie pathologique des tumeurs du mésentère. Il décrit successivement : les lymphangiomes, très rares : 2 observations ; les kystes, qui constituent la classe la plus nombreuse (30 cas) et qu'on peut diviser en kystes hydatiques, séreux (dont l'auteur admet l'origine ganglionnaire dans le plus grand nombre des cas), sanguins, soit traumatiques, soit par transformation d'anciens kystes séreux ; les lipomes (16 cas); les fibromes, 1 seul cas douteux de Péan; les tumeurs malignes, qui le plus souvent sont des localisations secondaires, mais peuvent être primitives (lym-

phomes ou sarcomes) : ce qui les caractérise est la tendance à l'envahissement des tissus et organes voisins : presque toujours il y a des adhérences péritonéales nombreuses, de la péritonite, de l'ascite; enfin les embryomes, dont un exemple est très longuement rapporté.

Les symptômes sont peu précis : aucun type clinique bien net ne se dégage de l'examen des faits : ce sont des troubles de circulation, de la respiration (par adhérence au diaphragme, ou gêne due au volume de la tumeur), des troubles digestifs par compression, etc. — Le diagnostic, très difficile, est guidé par les signes suivants : début péri-ombilical, situation sur la ligne médiane, grande mobilité, zone de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur.

Au point de vue thérapeutique, l'intervention chirurgicale pour les tumeurs malignes est à rejeter, car elle est dangereuse immédiatement, et en cas de succès la persistance de la guérison offre peu de garantie.

14 fois on est intervenu pour des kystes séreux ou hydatiques : 8 fois on a pratiqué l'ablation (4 guérisons, 4 morts, dont 3 par péritonite, 1 par septicémie) ; 4 fois, ouverture et drainage (2 guérisons, 1 mort par septicémie et hémorragie interne au 6me jour, 1 récidive) ; 2 fois, ponction capillaire, avec succès.

Plus encore que pour les kystes, l'intervention précoce est indiquée dans le cas de lipome, car il n'existe pas un seul cas où la tumeur soit restée stationnaire, et dans tous les cas connus la mort est survenue dans un délai moyen de 3 années. 9 fois l'ablation a été tentée, 6 fois suivie de mort.

MAUBRAC.

VI. — Femme de 61 ans : douleurs d'estomac, vomissements, diarrhée. L'urine n'a jamais offert de teinte laiteuse.

Tumeur lisse arrondie, mollement élastique, fluctuante, ayant un diamètre d'environ 22 centimètres, et occupant principalement le flanc droit. Cette tumeur dépasse à gauche la ligne médiane au-dessus du nombril de 3 à 4 centimètres. A ce niveau, à égale distance du rebord des fausses côtes et de l'ombilic, on sent une masse dure, en forme de boudin, dirigée en travers, longue de 10 centimètres, à surface lisse; cette masse passe au-dessus de la tumeur et se meut avec elle. Dans le flanc gauche, un clapotement et une sonorité métallique indiquent la présence de l'estomac. De bas en haut et de droite à gauche, passe en avant de la tumeur une saillie de sonorité tympanique et dont la pression détermine des bruits de gargouillement. La matité hépatique commence au bord supérieur de la sixième côte et se continue sans démarcation distincte avec celle de la tumeur. La rate a ses dimensions normales. La tumeur n'a aucun rapport avec les organes génitaux, et l'on introduit facilement le doigt entre elle et la fosse iliaque.

Une ponction aspiratrice donne issue à 2,500 centimètres cubes d'un liquide chyleux.

A la suite de la ponction, la tumeur a complètement disparu; il ne reste que la masse dure superposée à la tumeur.

Dix jours plus tard, on constatait déjà la reproduction de la tumeur. Une seconde ponction faite un mois après l'autre donne issue à 2,200 centimètres cubes d'un liquide semblable au précédent, à part sa teinte chocolat.

Le liquide s'étant encore reformé, Killian pratiqua un mois plus tard une opération radicale. Incision de 9 centimètres, parallèle à la ligne blanche et à 4 centimètres d'elle. Fixation du kyste par suture de son enveloppe péritonéale aux lèvres de la plaie. Ouverture et évacuation du contenu suivie de suture des bords du sac kystique à la peau. Lavage phéniqué. Introduction de deux drains.

L'opération montra que le kyste possédait un revêtement péritonéal uni à la paroi propre de la tumeur par du tissu conjonctif lâche. Les parois kystiques épaisses à peine de 1 centimètre avaient une face interne séreuse, lisse et brillante. Aucune trace de dépôts ni de cloisons à l'intérieur. Le contenu offrait les mêmes caractères, y compris la couleur, que lors de la première ponction. Au fond de la cavité, se trouvait un gâteau de fibrine coagulé dépassant l'étendue de la main.

La masse dure, plusieurs fois constatée, était due au rein.

Le kyste s'atrophia sans suppurer. Mais les troubles gastriques ne tardèrent pas à reparaître et, deux mois après la laparotomie, survint brusquement une névralgie du nerf fémoro-cutané externe gauche. Un mois plus tard, les douleurs de la cuisse avaient augmenté ; la cicatrice, devenue très sensible, s'était distendue et était très proéminente. En la refoulant dans la profondeur, on sentait une lacune grande comme un thaler, à bords tranchants dans les parois abdominales et plus profondément le rein très mobile. Malgré le séjour au lit et le port d'une pelote, la cicatrice continua à se distendre et Killian fit sans succès durable une nouvelle opération, consistant dans l'invaginement de la cicatrice, l'avivement des bords cutanés et leur suture. Dès lors il perdit la malade de vue. J. B.

VII. — Lucia Car, âgée de 36 ans, entre le 17 novembre 1882 à l'hôpital de Verceil pour une tumeur de la région sus-ombilicale qui s'étend de la fosse iliaque gauche à la fosse iliaque droite. Tout l'abdomen est le siège de douleurs avec météorisme. Cette tumeur est indépendante de l'utérus.

La tumeur mise à découvert fut difficilement enlevée à cause des nombreuses adhérences péritonéales ; la tumeur était encore retenue par une sorte de pédoncule lâche et très étendu provenant du bassin et qui fut lié en masse, puis excisé. On remarqua qu'un gros cordon supérieur qui la retenait à la fosse iliaque était parcouru par de nombreux vaisseaux obturés par des caillots anciens, d'où la supposition que la péritonite pouvait avoir été produite par la torsion de ce pédoncule. La malade succomba le lendemain de cette opération.

L'autopsie montra que la tumeur s'était développée dans le grand épiploon : on reconnut que celui-ci s'était tordu et avait fait quatre tours sur lui-même, formant ainsi un cordon de 24 centimètres de longueur. Les vaisseaux énormément dilatés étaient remplis de caillots jaunâtres.

La tumeur, de forme ovoïde, pesant 2,500 grammes, est constituée par un sarcome ayant envahi les ganglions lymphatiques compris entre les feuillets péritonéaux.

L'auteur explique la torsion de l'épiploon par la descente progressive de la tumeur vers le petit bassin, et les mouvements qui lui sont imprimés, par les alternatives de distension et de vacuité des intestins et surtout du côlon ascendant. La direction de gauche à droite du mouvement de torsion du pédoncule épiploïque semblait confirmer cette manière de voir. F. BALZER.

VIII. — Après avoir indiqué les caractères généraux des tumeurs rétro-péritonéales, Witzel rapporte et commente cinq observations de malades opérés par Trendelenburg.

1° Sarcome rétro-péritonéal du côté gauche. Extirpation par une incision abdomino-latérale avec ablation simultanée de la rate saine. Mort au bout de quelques mois.

La tumeur paraissait s'être développée dans la région du pancréas. Pas d'autopsie.

2° Incision exploratrice pour une tumeur abdominale du côté droit. Suture à la paroi de cette tumeur, dont l'incision démontre la nature sarcomateuse. Fermeture et réunion de la plaie abdominale.

3° Tumeur rénale droite (myosarcome polypeux de la paroi du bassinet). Extirpation par une incision abdomino-latérale. Mort le sixième jour.

4° Adéno-carcinome du rein droit. Extirpation. Guérison.

5° Kyste, probablement du pancréas. Incision. Guérison. MAURICE HACHE.

IX. — Riedel a observé en 4 ans 1/2, à l'hôpital d'Aix-la-Chapelle, 9 carcinomes du gros intestin, 3 du cæcum, 1 du côlon descendant, 5 de l'S iliaque et 14 carcinomes du rectum.

Parmi ces derniers, cinq seulement étaient opérables : sur les cinq opérations, une s'est terminée par la mort rapide, une a été suivie de récidive au bout de deux ans, trois ont fourni des succès. Le plus curieux résultat est le succès obtenu chez une femme de 73 ans opérée en novembre 1881 : le carcinome s'étendait si haut qu'après l'ouverture de l'espace de Douglas il fallut atteindre l'S iliaque et en extirper une portion en même temps que le rectum, puis débarrasser la cavité sacrée des glandes qui la remplissaient. L'opérée est encore vivante.

Dans deux cas de carcinome de l'S iliaque chez des vieillards, anus artificiel, mort. Un cas de la même variété de cancer a été jugé inopérable. Chez deux femmes, l'anus artificiel permet la survie.

L'auteur a pratiqué, enfin, avec succès chez un homme de 51 ans l'extirpation du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse, envahis par le carcinome. Fixation de l'iléon et du côlon transverse à la paroi abdominale. L'anus contre nature a été opéré trois mois après, et le sujet renvoyé guéri. Les matières circulent normalement. L. GALLIARD.

X. — Femme de 44 ans, souffrant depuis 9 ans d'hémorroïdes; au moindre effort, procidence d'un bourrelet du volume d'une mandarine. Il y a cinq ans, en réduisant le bourrelet, elle constata l'existence d'une cavité admettant la pulpe de l'index, et d'où s'étaient échappées des concrétions pierreuses friables. Poussées congestives toutes les 6 semaines depuis 3 ans. État général assez grave.

Dubar constate à un centimètre et demi de l'anus l'entrée d'un trajet fistuleux de 6 centimètres aboutissant à une véritable cavité d'abcès, et autour duquel on sent des concrétions calcaires. Ce chirurgien porte le diagnostic de fistule borgne interne du rectum consécutive à l'élimination de phlébolithes par ulcération de l'hémorroïde qui les contenait. Rectotomie linéaire postérieure au thermocautère. Guérison complète. Les fonctions des sphincters sont rétablies au bout de trois mois. MAURICE HACHE.

I. — Ein Fall von sogenannten Pseudomyxoma Peritonei par J. DONAT (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 3).

II. — Pseudo-myxome du péritoine, par de TORNÉRY (*France médic.*, 27 *mars* 1886).

III. — Tumeur solide (tuberculeuse) du mésentère, par PÉAN (*Gaz. des hôp.*, 12 *juin* 1886).

IV. — Fall von Echinococcuscyste des Netzes (Kystes hydatiques de l'épiploon pris pour une tumeur de l'ovaire ; extirpation par laparotomie, guérison), par DICK (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 18, *p.* 448, 15 *septembre* 1885).

V. — Tumeur de l'arrière-cavité des épiploons. Laparotomie. Mort, par GUILLET (*Progrès médical*, 30 *octobre* 1886).

I. — Werth a donné le nom de pseudo-myxome du péritoine à

une affection caractérisée par la présence à la surface du péritoine viscéral et pariétal d'une matière colloïde, gélatineuse. Il en a publié un cas (*Archiv für Gynækologie*, XXIV, 1). C'est un cas de même nature que l'auteur a eu l'occasion d'observer à la clinique de Leipzig dans le service de Sänger.

La malade, âgée de 38 ans, faisait remonter à six mois le début de son affection : l'abdomen au niveau de l'ombilic mesurait 98 centimètres. On croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire, mais dès l'ouverture de la cavité péritonéale on voit s'échapper en grande quantité des masses translucides rappelant de la gelée de pommes. Le kyste implanté sur le ligament large présentait à sa partie postérieure une petite ouverture par où son contenu s'était en partie évacué dans l'abdomen. Le contenu du kyste était lui-même tellement épais qu'il dut être enlevé à l'aide des deux mains. La convalescence fut longue et difficile : la malade guérit.

Jusqu'ici la guérison paraît être l'exception. Deux autres opérées seulement ont guéri : celle de Netzel, citée par Werth, et un cas beaucoup plus récent, publié par V. Swiciecki (*Centralblatt für Gynækologie*, 1885, nº 44, p. 691).

L'auteur a fait un essai de reproduction de la maladie. Une lapine dans l'abdomen de laquelle il avait introduit une pleine poignée de matière gélatineuse fraîche provenant du kyste est morte cinq jours après : on a retrouvé la masse gélatineuse avec sa consistance et son aspect primitif. Il n'y avait ni péritonite générale ni exsudat péritonitique, mais seulement au niveau des points où la matière s'était trouvée en contact avec le péritoine un dépôt blanc, opalescent, peu adhérent, et une légère coloration rouge de la séreuse.

La tumeur pesait 900 grammes et les masses gélatineuses 8,300 grammes : la structure était celle d'un kyste glandulaire multiloculaire, avec un petit nombre de kystes secondaires, des cloisons très minces et une vascularisation très prononcée.

H. DE BRINON.

II. — De Tornéry explique ainsi le processus de cette affection :

Une malade est atteinte d'une dégénérescence kystique multiloculaire des ovaires.

Le contenu des poches est gélatineux. Grâce à l'amincissement progressif et à l'ulcération de leurs parois, la matière colloïde se répand peu à peu dans la cavité abdominale. Les différences brusques de pression et les mouvements accomplis par les diverses portions du tube intestinal, les changements d'attitude, etc., l'étalent sur les deux feuillets du péritoine. Elle arrive ainsi à former une couche plus ou moins épaisse sur la surface externe du foie, de la rate, de l'estomac, des intestins, etc.

La présence d'une substance étrangère, bien que médiocrement irritante, enflamme les parties les plus superficielles de la séreuse, qui se mettent à proliférer et envoient dans la masse gélatineuse de nombreux prolongements vasculaires dont les anastomoses sont plus ou moins nombreuses suivant les cas et aussi suivant l'endroit considéré.

III. — Jeune fille de 18 ans. Tumeur volumineuse du ventre qu'on crut d'abord être, en raison de l'anémie, une rate hypertrophiée. Péan diagnostique une tumeur du mésentère et procède à l'ablation. On trouve une masse adhérente à l'intestin, formée de lobes à parois épaissies, fibreuses, contenant de la matière caséeuse et verdâtre. On ouvre successivement une vingtaine de ces loges. Ablation du feuillet mésentérique, dont on suture les bords en avant de l'aorte. Guérison.

L'examen histologique fit reconnaître la nature tuberculeuse de la tumeur ; des inoculations à des cobayes déterminèrent une tuberculose généralisée. A. C.

IV. — Jeune fille de 24 ans ayant depuis deux ans une tumeur abdominale ; menstrues régulières.

Diagnostic. Tumeur de l'ovaire. Laparatomie. Sans difficulté, on put attirer au dehors la tumeur, qui était uniquement reliée à la face postérieure du grand épiploon par un pont d'épiploon large de 3 travers de doigt et ne présentait aucune relation avec les organes génitaux.

On le sépara de l'épiploon au moyen de 4 ligatures au catgut. Guérison sans incident, qu'un peu de cystite dans la 3e semaine.

Dans le pédicule épiploïque de la tumeur principale se trouvait un noyau de la grosseur d'une noix, qui, sectionné, fut reconnu pour une membrane d'échinocoque ratatinée. La tumeur principale avait 25 centimètres de long et 16 d'épaisseur ; elle renfermait une sérosité claire, jaunâtre et une vésicule fille de la grosseur d'un œuf. Les parois étaient composées de 2 couches distinctes : l'une externe, produit d'inflammation des tissus voisins ; l'autre interne, dépendant du parasite. Le microscope permit de reconnaître la striation longitudinale caractéristique de la paroi interne et de nombreux scolex.

Le malade avait eu pendant un certain temps des petits chiens qui la léchaient à la figure (*R. S. M.*, XI, 713 ; XIII, 587 ; XVI, 713 ; XIX, 599, 679). J. B.

V. — L..., âgée de 22 ans, a toujours eu le ventre un peu gros ; réglée à 13 ans, elle est accouchée il y a 5 mois, avant terme. A ce moment, on constate l'existence d'une tumeur que l'on crut être un fibrome utérin. Actuellement (1er avril), le ventre présente une voussure manifeste dans la région sus-ombilicale surtout au flanc gauche. La tumeur a un grand axe transversal et s'effile de gauche à droite ; elle se délimite en bas par un bord arrondi, qui passe un peu au-dessous de l'ombilic ; elle est dure, lobulée, un peu mobile, et mate partout ; les organes génitaux sont libres et sains. Tillaux admit qu'il ne s'agissait ni d'une tumeur indépendante, ni des organes utéro-ovariens, ni du foie, ni de la rate. Il se rattacha à l'idée d'un sarcome du rein ou du mésentère.

Le 27 mai, on opéra ; une incision fut pratiquée depuis l'épine iliaque antéro-supérieure gauche jusqu'à la dernière côte, prolongée plus tard par une contre-incision parallèle à l'arcade crurale ; on trouva alors une tumeur grosse comme une tête d'adulte, reposant sur le rachis, indépendante du rein ; on l'énuclée sans perte de sang, et on aseptise la plaie ; mais la malade tombe dans un état syncopal et meurt le lendemain soir.

A l'autopsie, on trouve l'abdomen sans trace de péritonite ni d'hémorragie. La tumeur siégeait dans l'arrière-cavité des épiploons, entre le côlon transverse abaissé et l'estomac relevé au niveau du pancréas ; elle pèse 6 livres et a l'aspect d'un gros lipome ; elle renferme des parties dures, constituées par de la substance osseuse : les unes à tissu compact, les autres dilatées, renfermant des kystes ; elle contient en outre une tumeur polykystique, grosse comme le poing. Tillaux admit que ce devait être une tumeur tératologique, à rapprocher des kystes dermoïdes. H. L.

I. — Des portes d'entrée de l'ostéomyélite, par LANNELONGUE (*Bull. Soc. de Chir., XII, p.* 474).

II. — Vorstellung eines Falles von tuberculöser Ostitis... (Ostéite tuberculeuse du crâne), par J. ISRAEL (*Berl. klin. Woch.*, 8 *mars* 1886).

III. — De l'ostéomyélite de l'os iliaque, par FLEURY (*Thèse de Paris,* 1886).

IV. — Coxotuberculose, par LANNELONGUE (*In*-8o, *Paris*, 1886).

V. — Mittheilungen ueber Gelenktuberculose (De la tuberculose articulaire), par SOCIN (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril 1886).

VI. — Traitement des arthrites fongueuses par l'ignipuncture et la trépanation, par S.-P. KOLOMMIN (*Congrès des méd. russes, Saint-Pétersbourg*, 1885).

I. — Les voies de pénétration du microbe de l'ostéomyélite sont encore indéterminées. Les expériences de Rodet permettent d'éliminer la voie digestive, et les observations de Lannelongue font supposer que ce sont des solutions de continuité des téguments qui lui servent le plus souvent de portes d'entrée. Le panaris profond, qui n'est le plus souvent qu'une ostéomyélite des phalanges succède habituellement à des piqûres ou à des écorchures, et pour l'ostéomyélite des autres os Lannelongue a pu dans presque tous les cas, par un examen et un interrogatoire minutieux, s'assurer qu'il existait, un certain temps (15 jours à 4 semaines) avant l'apparition de l'ostéomyélite, une solution quelconque de continuité soit des téguments, soit des muqueuses. Verneuil insiste sur les rapports de l'ostéomyélite avec les furoncles et le panaris.

MAURICE HACHE.

II. — Garçon de 6 ans, bien portant jusqu'à une chute sur la tempe droite. La plaie, qui semblait insignifiante, fut négligée; au bout de 3 mois elle n'était pas cicatrisée et l'on reconnut alors l'existence d'une fracture du crâne avec enfoncement et chevauchement des fragments.

Successivement apparurent sur le frontal et le pariétal droits 3 abcès, en même temps que des phénomènes de compression cérébrale (vomissements, somnolence, strabisme).

Trépanation à la suite de laquelle se développent encore 3 nouveaux abcès sur le pariétal droit et le frontal gauche et en arrière de l'oreille. Les 6 abcès tuberculeux du crâne furent grattés avec la curette.

Durant les 6 années suivantes il survint encore de nouveaux abcès en des points divers, d'abord au niveau de l'astragale droite : Israël fit la résection du cou-de-pied avec extirpation de l'astragale et de l'épiphyse inférieure des deux os de la jambe.

Puis l'un après l'autre, tous les os du tarse droit se carièrent et durent être enlevés. Finalement, il ne subsista qu'une lamelle corticale de calcaneum de la grandeur d'un franc, au niveau de l'insertion de tendon d'Achille. A la place des os enlevés, s'était formé un tissu cicatriciel solide, de sorte que l'absence du squelette du pied était à peine visible, mais l'articulation était branlante.

Entre temps il fallut réséquer partiellement le second cartilage costal gauche, également carié. Avant même que le pied droit fût complètement guéri, le pied gauche fut envahi. Durant 4 ans, on dut pratiquer quatre opérations sérieuses pour essayer en vain de conserver ce membre; en septembre dernier, il fallut amputer la jambe.

5 mois se sont écoulés depuis lors, et l'enfant, dont l'état général est redevenu florissant, se porte bien et marche sans canne.

C'est Volkmann (*R. S. M.*, XVII, 245) qui a rappelé l'attention sur l'ostéite tuberculeuse de la voûte crânienne, déjà signalée par Nélaton.

Israël fait remarquer que des 6 abcès tuberculeux du crâne, 5 se sont développés au voisinage immédiat de la fracture, qui a été évidemment la cause prédisposante et a peut-être donné entrée aux bacilles, la plaie ayant été complètement négligée durant des mois. J. B.

III. — D'après une vingtaine d'observations, Fleury fait l'histoire de l'ostéomyélite de l'os iliaque, dont l'ilium est la partie le plus souvent

atteinte. Elle prend ordinairement naissance avant l'âge de 16 ans dans l'épiphyse marginale supérieure en voie d'ossification.

Son évolution peut donner lieu à divers accidents de voisinage assez sérieux et ses phénomènes infectieux en font une affection grave et mortelle dans un tiers des cas.

Aussi doit-on, d'après l'auteur, intervenir rapidement et aussi complètement que possible. Après avoir donné issue au pus par une grande incision, il faut encore porter une ou plusieurs couronnes de trépan sur le point de l'os, qu'on sent dénudé. En agissant ainsi, on peut espérer guérir cette maladie infectieuse, qu'il paraît rationnel d'attribuer au staphylococcus pyogenus aureus, dont la présence dans le pus est constante.

OZENNE.

IV. — L'auteur a voulu remplacer par ce terme, qui est presque une définition, la dénomination de coxalgie trop vague, trop large, et dont l'habitude seule nous fait oublier l'inexactitude. — Dans les quatre premières leçons, l'on trouve exposée l'étude la plus complète des lésions, des causes, des symptômes, des formes et du traitement de l'affection tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale.

1° *Anatomie pathologique.* — Le fait que Lannelongue s'applique à mettre en relief est le début de la coxo-tuberculose par une lésion osseuse, petite caverne ou infiltration caséeuse du foyer, lésion que dans quatre autopsies il a retrouvé dans l'extrémité supérieure du fémur ; il ne disconvient pas que l'altération osseuse primitive puisse s'observer au niveau du cotyle, mais ses recherches cadavériques et le raisonnement lui font admettre l'origine fémorale du mal comme plus fréquente. La coxo-tuberculose est primitivement osseuse, telle est la proposition que d'après l'auteur il faudrait considérer comme une loi. Lannelongue suit dans les plus grands détails les progrès et le développement de la lésion initiale, l'accroissement des altérations osseuses, les déformations de la tête du fémur et du cotyle, l'amincissement, la perforation, l'écartement, dans tous les cas l'agrandissement de la cavité de réception coïncidant avec un rapetissement de la tête du fémur : puis il détermine les altérations, toujours secondaires, de la synoviale et de la capsule. D'autres développements sont consacrés aux altérations à distance du squelette et des parties molles, aux luxations spontanées, dans la production desquelles l'auteur fait intervenir surtout comme cause la déformation et l'usure des surfaces articulaires, enfin aux raccourcissements des os du membre et aux rétrécissements consécutifs du bassin. Les points les plus importants de ses descriptions sont rendus plus faciles à saisir et à retenir grâce aux figures originales et aux belles planches qui enrichissent le texte.

2° *Symptômes.* — Trois périodes marquent l'évolution de la coxo-tuberculose dans le plus grand nombre des cas : une période de début à signes insidieux, oscillants, parmi lesquels l'auteur insiste particulièrement sur la recherche de la douleur locale, sur la contracture et sur l'atrophie musculaire précoce ; l'engorgement ganglionnaire présente également une certaine importance au point de vue du diagnostic. — Puis survient une période d'allongement apparent, ou période d'adduction combinée à la flexion et à la rotation en dehors, période pendant laquelle on observe ces crises douloureuses qu'ont indiquées tous les

auteurs et à laquelle fait suite une troisième période d'adduction ou de raccourcissement. La luxation pathologique que l'on observe surtout au cours de cette deuxième période est amenée par l'empiétement et le chevauchement de la tête fémorale sur le bassin, étapes qui précèdent le déplacement complet, et dont la seconde, tout au moins est masquée par un raccourcissement réel et par l'élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne Nélaton-Roser. Signalons l'étude des diverses variétés, communes ou rares, de luxation spontanée, celle des abcès par congestion, dont l'auteur a su mesurer la pression intérieure et dont il indique les principales localisations, et celle des formes, parmi lesquelles Lannelongue décrit : 1° une forme lente ou torpide; 2° une forme où l'adduction est l'attitude du début; 3° une forme nerveuse à laquelle il réserve le nom de coxalgie tuberculeuse.

3° *Traitement.* — A la période de début, le repos au lit dans le décubitus dorsal, sur un matelas résistant, est le seul traitement qu'il convienne d'employer. Lannelongue insiste avec raison sur la réserve qu'il faut apporter dans l'appréciation du temps au bout duquel on peut graduellement se départir des rigoureuses précautions qu'il recommande. L'exploration de la jointure, dit-il, est le seul guide en pareille matière. Récupération absolument complète de tous les mouvements de la hanche, absence de toute douleur à une pression méthodique exercée sur les différents points de la région, absence d'engorgement ganglionnaire, tels sont les éléments d'un critérium à peu près décisif.

A la deuxième période, l'auteur donne la préférence à l'extension continue, dans le décubitus, par des poids, aux méthodes de redressement et d'immobilisation. L'extension continue est le plus sûr moyen d'atténuer la pression des surfaces articulaires et d'éviter leur altération compressive, sur laquelle il a tant insisté. Une autopsie précédée d'une expérience cadavérique lui a permis d'en démontrer l'efficacité. Il a pu surprendre, sur les coupes d'un cadavre de coxalgique congelé, préalablement soumis à l'extension continue, l'écartement des surfaces articulaires, ainsi que le fait voir une figure très démonstrative déjà présentée à la Société de chirurgie. Quelques considérations sur le traitement des abcès froids, sur la résection de la hanche, sur le traitement des ankyloses consécutives, terminent cet important travail, auquel est annexée la relation d'une trentaine d'observations des plus intéressantes que l'auteur a pu réunir dans son service. P. BERGER.

V. — Socin distingue 5 formes cliniques de tuberculose des articulations :

1° La tuberculose diffuse de la synoviale avec gonflement modéré, qui constitue l'une des espèces de l'hydarthrose. Le diagnostic, qui en est souvent difficile, est basé sur l'opiniâtreté du mal, sa résistance aux médications usuelles (ponction, compression, etc.), la nature trouble de la sérosité évacuée, les fréquentes récidives après une guérison apparente, etc.

2° La tuberculose diffuse de la synoviale avec affection proliférante de la membrane articulaire, exsudat fibrineux, grains riziformes. Elle est fréquemment confondue avec l'arthrite déformante monoarticulaire ou prise pour une hydarthrose banale. On la rencontre aussi volontiers dans les gaines tendineuses et les bourses muqueuses. La présence des

bacilles tuberculeux et l'évolution ultérieure facilitent le diagnostic.

3° La tuberculose noueuse circonscrite ou fibrome tuberculeux de Kœnig représente une troisième variété d'hydarthrose souvent très difficile à distinguer, d'autres tumeurs articulaires, beaucoup plus rares il est vrai, telles que le sarcome et le fibrome.

4° L'empyème tuberculeux, pyarthrose ou abcès froid, qui est le plus souvent l'expression d'une tuberculose miliaire chez les enfants et se voit aussi chez les adultes ayant des tubercules dans d'autres organes. Le diagnostic en est aisé, grâce surtout à la fièvre hectique.

5° La tuberculose fongueuse diffuse, forme la plus fréquente, au sein de laquelle on peut établir 3 variétés :

a) la sèche, dite arthrite sèche, qui offre une grande tendance à l'atrophie conjonctive, mais aucune à la fonte caséuse ni à la suppuration; elle cause cependant de grandes destructions dans les extrémités articulaires et se caractérise par l'atrophie considérable des parties molles environnantes, par le peu de gonflement de l'articulation malade, par sa raideur, etc.;

b) la molle, qui a beaucoup de tendance à la fonte caséeuse et à l'envahissement des parties molles : c'est la tumeur blanche vraie des anciens.

c) l'abcédante, avec fistules et carie des extrémités articulaires.

En outre ces différentes formes peuvent se combiner de façon à produire une infinité de types cliniques.

Chez les individus très jeunes, l'affection peut rétrograder spontanément. C'est spécialement le cas pour les deux premières formes, quand les circonstances extrinsèques sont favorables, et pour la cinquième, lorsque la suppuration a détruit les fongosités.

Dans les cas de maladie primitive de l'articulation, l'arthrotomie donne de bons résultats dans les deux premières formes de tuberculose; dans les deux suivantes, elle ne fournit que des résultats très douteux, enfin dans la cinquième elle ne réussit qu'exceptionnellement.

Quand il s'agit de pyarthrose, une amputation peut sauver la vie du malade. Contre les fongosités, c'est la résection à laquelle il faut recourir.

J. B.

VI. — Kolommin trépane les os avec le perforateur américain et cautérise les parties malades avec le thermocautère. Chez les enfants, il faut employer le procédé dès le début de l'affection. — 153 malades ont été traités par cette méthode. — Pas un cas de mort. Il y a toujours eu une amélioration notable; beaucoup ont été complètement guéris.

PIERRE DELBET.

— De l'étiologie des arthrophytes, par J. MÜLLER (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *février* 1886).

II. — Ueber seitliche Rückgratverkrümmung (De la scoliose vertébrale), par Ernst FISCHER (*Berl. klin. Woch.*, 17 *mai* 1886).

III. — Ueber Ætiologie der Scoliose, par SCHENCK (*Ibidem*, 9 *novembre* 1885).

IV. — Zur Therapie und Casuistik des Genu valgum (Traitement du genou valgus et varus), par MIDDELDORPF (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXIV*, *Heft* 1 *et* 2).

V. — Das Genu valgum, par NEUDÖRFER (*Ibidem*, *XXIV*, *Heft* 3 *et* 4).

VI. — Ueber die Behandlung der rachitischen... (Traitement des déformations

rachitiques des jambes chez les enfants), par KRAUSS (15e *congrès des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

VII. — Weitere Beiträge zur operativen Behandlung... (Traitement opératoire du pied bot), par RIED (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXIII*, *Heft* 5 *et* 6).

I. — Müller a pu réunir 100 cas, traités par l'arthrotomie, qui ont donné 70 guérisons sans accidents ; sur ces 70 malades, 48 seulement ont pu être suivis ; 41 ont guéri avec conservation des mouvements. Quant aux 30 cas malheureux, il y a eu 26 fois suppuration de l'article et 4 fois terminaison fatale. Mais cette dernière n'était pas toujours survenue par le fait de l'opération ; la mortalité n'a été en réalité que de 2 0/0 environ. Aussi, d'après Müller, l'arthrotomie serait-elle le meilleur et le seul procédé rationnel à employer, surtout si les arthrophytes sont multiples, comme dans les deux cas, dont il donne l'observation. OZENNE.

II. — Dans toute déviation latérale du rachis, on peut distinguer trois catégories de vertèbres : 1° celles qui forment le sommet de la voûte, ou vertèbres culminantes ; 2° celles qui en forment la base, ou vertèbres de soutien ; 3° celles qui se trouvent entre les deux catégories précédentes, ou vertèbres intermédiaires. Or, toute scoliose s'accompagne au moins de deux courbures compensatrices : l'une située au-dessus, l'autre au-dessous. Il en résulte que chaque scoliose possède pour le moins trois vertèbres culminantes et quatre vertèbres de soutien.

A. *Corps vertébraux : 1° vertèbres culminantes.* C'est ici que la déformation cunéiforme et la déviation latérale sont au maximum ; il en est de même pour les apophyses épineuses et transverses. Mais la texture de leur substance spongieuse est restée normale ; 2° *vertèbres de soutien.* Il en est de deux sortes : *a*) celles qui ne servent d'appui qu'à une moitié de voûte et constituent la transition avec des parties rectilignes du rachis ; *b*) celles qui servent en même temps d'appui à deux moitiés de voûte, l'une convexe à gauche, l'autre convexe à droite. Ce sont naturellement ces dernières qui offrent les altérations les plus considérables. Elles ont subi une rotation autour de leur axe longitudinal et décrivent une spire; mais elles ne présentent pas la déformation en coin. Leur corps est bien incliné sur la perpendiculaire, mais son milieu regarde en avant et non sur le côté.

Les vertèbres de soutien et les vertèbres intermédiaires faisant partie de la moitié inférieure d'une courbure rachidienne à convexité droite décrivent une spirale à gauche, tandis que pour les vertèbres de la moitié supérieure cette spirale est dirigée à droite. Quand la scoliose est convexe à gauche, la spire inférieure est dextrogyre et la supérieure sinistrogyre; 3° *vertèbres intermédiaires.* Elles offrent les mêmes altérations que les vertèbres de soutien, mais augmentées de la déformation cunéiforme, qui est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage du sommet de la courbure. Plus la déformation en coin des vertèbres intermédiaires est prononcée, moins la torsion sur l'axe est considérable.

Les tubercules de la substance spongieuse des vertèbres de soutien et des vertèbres intermédiaires n'ont plus leur direction longitudinale, elles décrivent une spire.

B. *Apophyses épineuses.* — Celles des vertèbres de soutien et des ver-

tèbres intermédiaires sont tordues en spire sinistrogyre, quand la concavité de la courbure regarde à gauche, et en spire dextrogyre quand la courbe est concave à droite.

Les trabécules longitudinales de leur substance spongieuse éprouvent des déformations correspondantes ; elles décrivent une spirale et sont dirigées diagonalement.

Dans les cas extrêmes, les apophyses épineuses, outre leur torsion sur l'axe, sont déviées latéralement.

C. *Apophyses articulaires.* — L'architecture de leur substance spongieuse éprouve les mêmes changements que celle des apophyses épineuses.

D. *Apophyses transverses.* — Celles des vertèbres cervicales et dorsales conservent la torsion sur l'axe qu'elles ont sur le squelette normal, c'est-à-dire qu'elles décrivent, celles du côté droit une spire sinistrogyre, et celles du côté gauche une spire dextrogyre. Il en est de même pour la majorité des cas des apophyses transverses lombaires, qui sont dextrogyres du côté droit et sinistrogyres du côté gauche. Mais, dans les apophyses lombaires, il y a des irrégularités fréquentes, forçant ces apophyses à converger vers les crêtes iliaques.

E. *Arcs vertébraux.* — Leur système trabéculaire subit des altérations.

Le cas échéant, le sacrum, l'os des îles et le crâne même peuvent présenter des altérations analogues à celles des vertèbres.

F. *Côtes.* — La double torsion ou rotation sur l'axe qu'elles offrent à l'état normal se trouve modifiée dans la scoliose. Du côté de la convexité, la torsion de leur portion postérieure est moins marquée, complètement absente ou même transformée en torsion et sens inverse. Des modifications analogues s'observent pour les côtes placées du côté concave de la courbure rachidienne.

G. *Bassin.* — Malgré une scoliose interne des vertèbres lombaires, les os du bassin peuvent avoir conservé leur situation et leur forme normales, mais il n'en est pas toujours ainsi. J. B.

III. — A l'aide d'instruments appropriés, Schenk a examiné chez 200 écoliers, d'une part l'attitude qu'ils prenaient pour écrire, d'autre part la forme et le degré de courbure de leur rachis quand ils étaient debout.

Il a constaté que chaque écolier a l'habitude, pour écrire, de prendre une attitude toujours la même, mais qui présente trois formes différentes suivant la position du haut du corps et les déviations vertébrales qu'elle entraîne.

Ces trois déviations sont les suivantes :

1° Haut du corps dévié vers la gauche avec courbure rachidienne à convexité gauche, en forme de C ; c'est la scoliose la plus fréquente ;

2° Enfant assis droit avec haut du corps tourné à gauche ; d'où scoliose en S avec épaule droite plus élevée ;

3° Cyphose rachidienne considérable avec coudes éloignés du tronc.

Schenk juge irrationnels les bancs à distance négative à dossier bas, presque perpendiculaires. J. B.

IV. — En parlant de l'étiologie du genu valgum, l'auteur insiste sur une cause rare de cette difformité, la luxation congénitale de la rotule

en dehors, dont il a pu constater l'influence chez deux de ses malades.

Le traitement orthopédique doit être réservé aux cas légers chez les enfants et les personnes auxquelles leur position permet un traitement long et coûteux.

Le plus souvent il faut en venir au traitement opératoire, dont l'auteur passe en revue les nombreux procédés.

Il n'est pas partisan de l'ostéoclasie manuelle ou instrumentale, qu'il ne paraît du reste pas bien connaître et qu'il charge, d'après Mikulicz, de nombreux accidents (lésions nerveuses, ligamenteuses et capsulaires, pseudarthroses, suppurations, nécroses, épanchements sanguins et récidive).

Pour lui, l'opération de Macewen est l'opération de l'avenir pour le genu valgum; elle est indiquée 90 fois sur 100, et on ne peut lui comparer que l'opération de Schede, l'ostéotomie cunéiforme du tibia avec section linéaire du péroné.

L'auteur rapporte 28 observations de sujets opérés de genu valgum et deux d'après le genu varum. Il termine son travail par un index bibliographique. MAURICE HACHE.

V. — Le genu valgum est dû à une inégalité de développement des condyles du fémur, sous l'influence de l'inégale répartition du poids du corps. En supprimant cette cause à temps, on peut corriger ce vice de développement, et chez les sujets jeunes, au-dessous de 24 ans, le repos, une extension continue légère et une pression continue exercée sur le condyle interne de dedans en dehors permettent la guérison.

Quand on constate chez un enfant, par suite du rachitisme, une tendance des os à s'incurver, on peut, par un traitement orthopédique, s'opposer à l'excès de croissance unilatéral qui en résulterait. Ce traitement n'exige pas le repos au lit et permet l'exercice des métiers les plus fatigants. Il consiste dans l'application d'un appareil, analogue à celui de Sayre pour la coxalgie, qui suspend le membre en faisant porter le poids du corps sur l'ischion, et exerce sur le membre suspendu une légère traction en bas, et sur le genou une traction en dehors.

Pour les adultes et les formes graves de genu valgum, le seul moyen à employer est l'ostéotomie, et c'est à l'ostéotomie sous-trochantérienne, seule ou combinée à l'ostéotomie du tibia, que Neudörfer donne la préférence. MAURICE HACHE.

VI. — Krauss présente un enfant de 6 ans 1/2 qui était atteint d'un genu valgum double très accentué. Il a commencé le traitement orthopédique lorsque l'enfant avait 2 ans 1/2, et il a pu obtenir un redressement à peu près complet. PIERRE DELBET.

VII. — Ried rapporte sept opérations de pied bot grave faites sur 6 sujets jeunes. Malgré l'opinion qu'il avait émise dans un travail antérieur (*Deut. Zeit. f. Chir.*, vol. XIII), il a pratiqué 4 fois, dans un but d'expérimentation, l'excision cunéiforme du tarse et trois fois l'ablation de l'astragale.

Les résultats qu'il a obtenus le portent à condamner encore l'excision cunéiforme chez les jeunes sujets; il préfère l'ablation de l'astragale, en y ajoutant au besoin la résection de l'apophyse antérieure du calcanéum et d'une petite partie de la face postérieure du cuboïde. Il conseille de ne pas opérer avant l'âge de 2 ans. MAURICE HACHE.

I. — Beseitigung eines knochenharten Callus... (Disparition d'un cal osseux sous l'influence des courants galvaniques), par Moritz MEYER (*Berl. klin. Woch.*, 28 *juin* 1886).

II. — Traitement des fractures paraarticulaires par le massage, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, et discussion (*Bull. Soc. de Chir.*, *XII*, *p.* 560-699).

III. — Sur l'épiphyse inférieure de l'humérus et son décollement traumatique, par FARABEUF (*Ibidem*, *XII*, *p.* 692).

IV. — Contribution à l'étude des fractures du col du fémur étudiées expérimentalement sur le cadavre, par Edmond LARDY (*Rev. méd. Suisse romande*, *mai* 1886).

V. — The treatment of fractures of the patella by the metallic suture, par F. DENNIS (*New York med. journ.*, *p.* 372, 1886).

VI. — Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius, par Moraes BARROS (*Thèse de Genève*, 1886).

VII. — Réduction de deux luxations du coude datant l'une de 143, l'autre de 158 jours, par NÉLATON et PEYROT (*Bull. Soc. de Chir.*, *XII*, *p.* 637).

VIII. — Ueber sogenannte congenitale Hüftgelenkluxation (Forme de luxation de la hanche dite congénitale), par LÜCKE (*Berl. klin. Woch.*, 9 *novembre* 1885).

IX. — Ueber Atrophien Ausgewachsener... (De l'atrophie des os dans les pseudarthroses), par Alb. POENSGEN (*Ibidem*, 12 *avril* 1886).

I. — Garçon de 13 ans, chez lequel la consolidation d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avait donné lieu à un cal exubérant causant une impotence complète du membre. L'avant-bras était fixé sur le bras sous un angle de 80 degrés; par suite de la contracture des fléchisseurs, le poignet était amené au contact de l'avant-bras et les doigts étaient immobilisés dans l'extension. Meyer entreprit la cure électrique après cinq semaines de vaines tentatives pour mobiliser l'ankylose du coude au moyen de mouvements communiqués.

Le traitement dut à diverses reprises être interrompu quelques jours, car l'énergie du courant galvanique était telle qu'elle produisait des étourdissements et des nausées.

Au bout de la 60e séance, le bras pouvait être étendu sous un angle de 170° et l'on pouvait sentir le point de l'os fracturé, immédiatement au-dessus du condyle interne. Après 118 séances, l'enfant a repris l'usage de tous ses fléchisseurs et le cal est complètement résorbé. Il reste seulement la flexion du poignet. J. B.

II. — L'immobilisation dans le traitement des fractures est habituellement beaucoup trop prolongée et beaucoup trop généralisée. Dans les fractures para- et intra-articulaires, elle présente de véritables dangers.

En dehors des cas de grands déplacements primitifs, les fractures du radius et du péroné n'ont aucun besoin d'immobilisation. Le massage fait disparaître la douleur et favorise la réparation. Les mouvements provoqués rapidement préviennent les raideurs articulaires, les douleurs et l'impotence prolongée du membre. Le massage bien conduit agit favorablement dès le début et comme complément du traitement de ces fractures; il donne à la cure une durée très courte.

Les fractures au voisinage d'articulations portant sur des surfaces plus larges comportent moins le massage primitif; mais elles guérissent très bien aussi sans immobilisation, et la mobilisation rapide et le massage secondaire leur réussissent à merveille.

Ces fractures compliquées de plaies et traitées de la sorte ont donné à Lucas-Championnière des résultats que l'immobilisation régulière ne procure presque jamais.

Enfin les complications, les douleurs, l'impotence des membres qui suit la cure des fractures, sont dues, en général, à l'immobilisation des articulations voisines et éloignées, et dans ces cas aucun traitement ne vaut le massage pour faire disparaître les douleurs et rendre l'intégrité des fonctions.

Terrier et *Terrillon* ont traité avec succès des fractures du péroné, l'un par le massage, et l'autre sans immobilisation rigoureuse.

III. — Malgré la description très exacte de Smith, faite en 1850, et acceptée par Giraldès dans ses cliniques, le développement de l'épiphyse inférieure de l'humérus et les décollements qui peuvent s'y produire sont mal connus de la plupart des chirurgiens, qui considèrent la ligne diaphyso-épiphysaire comme transversale et passant au-dessus des tubérosités humérales.

Il en est ainsi à la naissance, où toute l'extrémité inférieure de l'humérus est cartilagineuse. Mais bientôt la diaphyse osseuse avance et s'empare pour ainsi dire de cette extrémité inférieure en encadrant la cavité olécrânienne. C'est surtout du côté interne qu'elle se développe en dépassant largement la cavité olécrânienne et par conséquent l'épitrochlée. Du côté radial, au contraire, l'épiphyse reste plus épaisse et comprend en hauteur une bonne partie du condyle, de sorte que vers 13 ou 14 ans, âge de prédilection des décollements traumatiques, la ligne diaphyso-épiphysaire est très oblique en bas et en dedans, l'épiphyse ne comprend qu'une mince couche de la trochlée.

Le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus n'est donc autre chose que la fracture oblique du condyle huméral décrite depuis Malgaine comme presque spéciale aux adolescents.

Dans ce décollement, l'humérus, poussé en avant, emporte avec lui ses éminences latérales, épitrochlée et épicondyle, et *conserve sa largeur*, comme dans la luxation du coude. Mais, au lieu de sentir comme dans la luxation la cupule radiale en dehors et fort en dessous du sommet olécrânien, le doigt sent, dans le décollement, le fragment condylien en place, églement en dehors de l'olécrâne, mais à une faible distance du sommet de cette apophyse.

Ces signes diffèrent notablement de ceux de la fracture sus-condylienne. MAURICE HACHE.

IV. — Le choc, portant sur le pied ou sur le genou, amène une fracture non pénétrante oblique du col près de la tête, ou vers son milieu, pouvant s'accompagner d'esquilles et, d'après Hamilton, de fracture partielle de la tête.

Par le même traumatisme et plus particulièrement à la suite d'une chute sur le genou, le corps étant plié en avant, il peut se produire une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation de la tête en arrière.

Lorsque le choc porte directement sur le grand trochanter à sa partie

externe, il se produit une fracture pénétrante du col à sa base (d'après Heppner) possible à son sommet dans la tête avec esquilles le long de la ligne de fracture et dans la plupart des cas avec fracture du grand trochanter et destruction plus ou moins complète du tissu spongieux de l'extrémité supérieure du fémur. Le raccourcissement du col est très sensible et susceptible d'être mesuré. L'articulation est toujours ouverte en avant. Dans un cas, le col du fémur, en pénétrant dans le grand trochanter, s'était redressé et son angle avec la diaphyse avait été porté à 155°; il est possible de concevoir, dans un cas semblable, un allongement du membre.

Enfin la cinquième expérience montre qu'une luxation de la hanche peut se produire à la suite d'une chute sur le grand trochanter, pourvu que le choc soit un peu décentré en avant ou en arrière. J. B.

V. — Dans les fractures compliquées de la rotule, la suture métallique des fragments est absolument indiquée; elle est justifiée, par les statistiques actuelles, dans les fractures anciennes ou récentes, avec une antisepsie rigoureuse, bien entendu. L'opération est contre-indiquée chez les sujets débilités ou atteints d'une affection organique.

Dans tous les cas, cette méthode de traitement ne peut être appliquée que par des chirurgiens expérimentés et pratiquant la plus stricte antisepsie.

Suit un tableau analytique détaillé des 182 cas actuellement connus, sur lesquels on compte 110 résultats satisfaisants, 24 médiocres, 11 morts, 4 amputations, 34 suppurations de la jointure, 31 ankyloses partielles ou complètes. A. CH.

VI. — L'auteur s'est attaché à reproduire expérimentalement, en transportant l'action de la force sur la paume de la main, les diverses variétés de luxations de l'extrémité supérieure du radius, et il en décrit le mécanisme avec grand soin.

Puis il étudie les causes de l'irréductibilité de ces luxations; la disposition anormale des fragments de la capsule ou des ligaments et leur interposition entre les surfaces articulaires sont les obstacles principaux sinon à la réduction, au moins au maintien de la réduction : c'est le ligament annulaire, rompu habituellement en avant et en dedans, qui s'interpose le plus souvent entre les surfaces articulaires. La luxation non réduite entraîne une diminution de la force du bras, une attitude vicieuse (pronation forcée), et parfois l'inflammation déformante de l'article ou une luxation complète du coude en dehors. Aussi dès que l'irréductibilité sera reconnue, on supprimera, par l'arthrotomie, la cause probable de l'irréductibilité ; si on ne trouve point l'obstacle, on procédera à la résection de l'extrémité osseuse. Pour les luxations anciennes, si l'exercice, l'extension forcée, la section sous-cutanée des adhérences n'ont point rendu sa liberté au membre, on pratiquera l'arthrotomie, on extraira le débris ligamenteux et on fera la réduction. Si cette réduction est impossible, on réséquera la tête du radius : l'auteur cite un fait de Reverdin, dans lequel les résultats fonctionnels ultérieurs ont été excellents. MAUBRAC.

VII. — Farabeuf a conçu pour la réduction de ces luxations le plan opératoire suivant, heureusement mis à exécution par Nélaton et Peyrot.

Il ne s'agit que de luxations réductibles, c'est-à-dire sans lésion des surfaces osseuses ou des parties molles voisines rendant improbable une réduction persistante.

Les obstacles siègent en arrière, du fait du triceps, et sur les côtés, du fait des ligaments latéraux plus ou moins reconstitués. Voici le moyen de les vaincre :

1° Flexion forcée de l'avant-bras et mouvements de pronation et de supination ;

2° Application des moufles sur l'avant-bras étendu. Faible traction de 50 kilogrammes. Le bras est placé de champ, le radius en dessus, le cubitus en dessous.

De courtes pressions exercées par l'opérateur en bas et en haut distendent successivement les adhérences huméro-cubitales et huméro-radiales.

En ayant soin de rétablir la pression de 50 kilogrammes après chaque baisse occasionnée par les ruptures successives, les deux os descendent pas à pas comme par un mouvement de crémaillère.

3° Dès que le radius peut être poussé sous le condyle, sa contention est confiée aux deux mains d'un aide vigoureux et cet os, arc-boutant sur l'humérus, fournit un point d'appui solide à l'opérateur qui, par une dernière flexion latérale externe, peut triompher des derniers liens huméro-cubitaux et ramener l'apophyse coronoïde dans la gorge de la trochlée.

Au point de vue fonctionnel, la malade de Nélaton (44 ans) a recouvré les mouvements de flexion dans une étendue de 55° (80 à 135°). Les mouvements de rotation spontanés sont peu étendus, les mouvements communiqués le sont davantage.

Pour celle de Peyrot (37 ans), l'avant-bras est à peu près immobile en demi-extension (130° environ), la pronation et la supination ont les deux tiers de l'amplitude normale. MAURICE HACHE.

VIII. — Luecke a observé un assez grand nombre de cas de luxation coxo-fémorale, généralement unilatérale, chez des enfants qui, auparavant, couraient parfaitement bien. Il ne peut donc s'agir ici de luxations congénitales qui auraient échappé et pas davantage non plus de coxalgie, de paralysie infantile, etc.

Habituellement, les muscles fessiers du côté malade étaient atrophiés et ultérieurement seulement il se développait un certain degré d'atrophie des muscles de la jambe correspondante.

L'atrophie des muscles fessiers est la lésion primitive, la mobilité anormale de la tête une lésion secondaire.

Roser reconnaît trois sortes de luxations coxo-fémorales d'origine paralytique :

1° Dans la paralysie infantile avec paralysie des muscles de la hanche d'un côté ;

2° Dans l'ataxie locomotrice ;

3° Dans la cyphose avec compression médullaire. (Voir le travail de Verneuil, *R. S. M.*, XXV, 703.) J. B.

IX. — Poensgen publie 6 observations de fractures du membre inférieur avec pseudarthrose consécutive dans lesquelles il a noté un certain degré d'atrophie du pied se traduisant soit par un raccourcissement, soit par une diminution de son diamètre transversal. Tous les malades étaient des adultes.

Cette atrophie s'était développée trop rapidement pour qu'on pût la mettre sur le compte de l'immobilisation prolongée ; elle n'a pas disparu après le retour des fonctions normales des membres.

L'atrophie concomitante des muscles n'était pas plus marquée que dans les fractures en général. Il n'existait aucune lésion de la motilité, de la sensibilité, ni des téguments. J. B.

OPHTALMOLOGIE.

Sur une condition physiologique influençant les mesures photométriques, par Aug. CHARPENTIER (*Compt. rend. Acad. des sciences.* 12 *juillet* 1886).

Les nouvelles expériences de l'auteur l'amènent à formuler pour le minimum perceptible comme lumière, sous l'influence de l'étendue rétinienne excitée, les mêmes lois que pour le minimum perceptible comme couleur : pour toute lumière simple, le minimum perceptible augmente lorsqu'on diminue la surface rétinienne excitée, mais cette augmentation est d'autant moins rapide (l'intensité lumineuse baisse d'autant plus lentement) que la lumière considérée est moins réfrangible ; ce minimum augmente plus vite pour le bleu que pour le vert, pour le vert que pour le rouge. M. DUVAL.

Étude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par T. KAHN (*Thèse de Paris*, 27 *juillet* 1886).

Le champ de fixation, ou champ de regard, est limité par les points extrêmes sur lesquels la ligne visuelle (ligne de regard) peut se porter, la tête étant immobile (Landolt). Les mesures ont été prises au moyen du périmètre par la méthode subjective et objective. Relativement aux états de réfraction, le champ monoculaire de fixation est plus étendu chez l'hypermétrope que chez l'emmétrope ; il est moins étendu encore chez le myope. On comprend toute l'importance du champ de fixation dans les paralysies ; il montre la part de chaque muscle, il détermine avec précision la marche de la paralysie.

Dans le strabisme convergent monolatéral, il est diminué, l'excursion en dedans dépasse l'excursion en dehors. Ce rétrécissement plaide en faveur d'une faiblesse congénitale des muscles. Mais c'est surtout aux points de vue des opérations que l'étude en a été faite par l'auteur. Il montre que l'avancement seul augmente le champ de fixation de 5 à 7°. C'est l'avancement du droit interne combinée avec la ténotomie du droit externe qui donne la plus grande augmentation d'excursion et par conséquent la plus grande correction du strabisme. La réfraction, l'acuité visuelle et le rétablissement de la vision binoculaire ont une influence notable sur l'étendue définitive du champ de fixation après l'opération.

F. DE LAPERSONNE.

The refractive character of the eyes of mammalia (La réfraction des yeux des mammifères), par LANG et BARRETT (*The royal London ophth. hosp. Reports, XI*, 2, *p.* 103).

Cette étude a porté sur un grand nombre d'animaux d'espèces différentes : l'examen de la réfraction a été fait avant et après atropinisation au moyen de la rétinoscopie et de l'image droite. Bien peu d'animaux étaient tout à fait emmétropes ; la plupart avaient un degré d'hypermétropie dépassant 0,5 D, mais quelques-uns étaient myopes ou présentaient un astigmatisme myopique. On ne peut pas accuser les habitudes sédentaires, il faut dire qu'il existe un autre facteur dans la production de la myopie. Chez les animaux astigmates, le méridien principal est toujours dans la direction et à angle droit par rapport au grand axe de la pupille. F. L.

Fall von einseitiger idiopathischer Hemeralopie (Un cas d'héméralopie unilatérale idiopathique), par MAGNUS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet* 1886).

Il s'agit d'une femme de 48 ans, mal nourrie, qui accusait de l'héméralopie à l'œil droit depuis une quinzaine de jours. Ce symptôme disparut, au bout d'un mois, grâce à une médication reconstituante, aidée du port de lunettes foncées. Malgré le titre de l'observation, l'auteur fait cependant remarquer, qu'outre une parésie pupillaire des deux yeux, la malade accusait encore de la parésie vésicale, des crises gastriques, etc., tous symptômes qui indiqueraient un tabes au début. ROHMER.

Ueber die Empfindlichkeit des normalen Auges gegen Farbentöne auf der Peripherie der Netzhaut (La sensibilité aux couleurs de la périphérie de la rétine dans l'œil normal), par DOBROWOLSKY (*Arch. f. Ophthalm., XXII, Abth. I*).

L'auteur s'est servi d'une méthode déjà ancienne pour la recherche de la sensibilité des couleurs; il emploie deux tubes opposés l'un à l'œil observé, l'autre à la source de lumière; entre les deux se trouve un prisme. Le premier tube porte, du côté opposé à la lumière, un diaphragme muni d'une fente, et à l'autre extrémité une lentille convexe dont le foyer correspond à la surface du diaphragme; à ce premier tube sont jointes des plaques ophtalmométriques. Le second tube est arrangé symétriquement, et la fente du diaphragme est tournée vers l'œil observé, etc. Les plaques ophtalmométriques font naturellement défaut. Comme source lumineuse, on utilisa, à l'aide de l'héliostat, la lumière du soleil. A cause de la minceur de la fente opposée à l'œil observé, il fut facile de projeter dans celui-ci diverses parties du spectre.

L'auteur a déterminé d'abord la sensibilité lumineuse du centre de la rétine, puis les moitiés externe et interne, à 5°, 20°, etc. On utilisa pour cela le rouge de la raie C, le jaune de D, le vert de E, le bleu de F, et enfin l'indigo de G.

Les recherches sur la périphérie de la rétine ont montré que cette partie se fatigue très vite; de plus, il n'est pas facile de fixer l'œil et en même temps d'observer la différence de coloration. Il est nécessaire de faire ces recherches à de longs intervalles, surtout au moment où les conditions extrinsèques sont identiques, au point de vue de l'éclairage. Pour le rouge, le bleu et l'indigo, la lumière solaire fut, à l'aide d'un verre

convexe, concentrée sur la fente extérieure; pour le vert et le jaune, on produisit, en augmentant la distance, un affaiblissement entre la fente antérieure et le verre convexe.

Les résultats furent les suivants :

1° La sensibilité lumineuse est la plus forte au centre de la rétine et diminue vers la périphérie, et même semble disparaître pour certaines couleurs ; cette diminution s'observe même près de la pupille et près de la macula (dans l'abduction de l'œil de 1°). Pour le rouge (C), l'auteur a trouvé au centre S = 1/340, à 5° en dedans = 1/243, à 20° = 1/129, à 35° 1/112, enfin à 50° = 1/85 ; à 5° en dehors S = 1/161, à 20° = 1/106, et à 35° = 1/74. Pour le rouge on ne put déterminer la sensibilité plus en dehors ; on le put pour les autres couleurs, surtout pour le jaune et le bleu, dont la décroissance se fit dans les mêmes proportions ;

2° La sensibilité décroit à la périphérie d'autant plus que les couleurs sont moins bien perçues au centre ; il en est surtout ainsi pour le rouge ;

3° En comparant entre eux les chiffres de décroissance des diverses couleurs, on voit que la diminution de sensibilité n'est pas du tout la même pour chaque couleur ; ainsi le rouge et le vert, qui sont moins bien perçus au centre, diminuent très peu d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la macula. Tandis qu'à la périphérie de la rétine c'est le contraire que l'on observe ;

4° L'auteur a trouvé que le vert et le bleu, pour lesquels la sensibilité diminue très vite du centre à la périphérie, se comportent d'une façon variable dans les diverses parties du champ visuel ;

5° La sensibilité des parties périphériques est aussi variable que le centre de la rétine pour les différentes couleurs du spectre. ROHMER.

Einige Bemerkungen zur Erythropsie-Frage (Quelques remarques sur la question de l'érythropsie), par SZILI (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet* 1886).

Après avoir rappelé les différentes opinions au sujet de la théorie de l'érythropsie, l'auteur rapporte quelques remarques et observations cliniques ayant trait à la vision du rouge ; sans discuter longuement ces faits, Szili se prononce pour la théorie rétinienne, se réservant d'y revenir plus tard d'une façon plus étendue. ROHMER.

Anomalie congénitale du pôle postérieur de l'œil, par BIRNBACHER (*Arch. of ophthalm. XV*, *n°* 3, *p.* 253).

H..., 31 ans, myopie 7 D, V = 1/6, pas de scotome central. Au niveau de la macula, de chaque côté, existe une tache circulaire, ayant un diamètre et demi de papille, aspect d'une saillie hémisphérique ; elle est entourée de pigment qui s'avance vers le centre : dans la partie moyenne, on distingue la couleur de la choroïde et seulement en quelques points des taches blanches. Cette saillie est séparée du reste de la rétine par une zone de pigment gris brun. Les vaisseaux rétiniens passent près du bord, mais pas dans l'intérieur de la tache : d'après l'étude de la réfraction cette saillie peut avoir 5 millimètres de hauteur.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une sorte d'invagination de la sclérotique avec pôle postérieur de l'œil. Ce qui plaide beaucoup en faveur de cette hypothèse, ce sont les bords taillés à pic et l'absence de scotome.

F. DE LAPERSONNE.

Eine Irisanomalie (Une anomalie de l'iris), par WALDAUER sen. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mai* 1886).

Au niveau du tiers interne de la pupille droite d'une jeune fille de 19 ans, le bord pupillaire est remplacé par une toile de filaments très ténus ; les fibres du bord pupillaire en faisaient seules partie. Puis la toile se rassemble en une corde résistante, ayant la couleur de l'iris, devenant fusiforme, reprenant l'aspect d'une corde, pour se perdre enfin, sous forme de toile, dans le tissu irien normal. Cette malformation recouvre la pupille en forme de S.

ROHMER.

Persistirende Pupillarmembran, par v. REUSS (*Wien. med. Presse* n° 21, *p.* 675, 1886).

Voici deux cas de persistance de la membrane pupillaire :

1° Chez une jeune fille, l'iris paraît composé de fibrilles fines et régulières; l'orifice pupillaire, très étroit, est divisé en deux parties inégales par un pont membraneux horizontal qui vient de la zone ciliaire. Il est impossible de voir le fond de l'œil.

2° Fille de 16 ans. La pupille de l'œil droit a la forme d'une étroite ellipse dont le grand axe est oblique en bas et en dedans. L'extrémité supérieure de l'ellipse est coupée par un pont membraneux très mince venant de la zone ciliaire. L'autre extrémité présente une sorte de languette polypiforme dirigée vers le centre de la pupille. La pupille est dilatable par l'atropine. Fond de l'œil normal.

L. GALLIARD.

Eine Farbenanomalie des Sehnerven (Anomalie de la coloration de la papille), par v. REUSS (*Wien. med. Presse n°* 23, *p*, 737, 1886).

Fille de 25 ans, atteinte de myopie. La papille a une coloration gris rouge foncé, plus sombre que les autres parties du fond de l'œil. La teinte sombre a son maximum d'intensité au centre, au point d'émergence des vaisseaux et diminue progressivement du centre à la périphérie. Elle est limitée par un anneau clair très étroit. Les vaisseaux sont bordés, dans le territoire papillaire, de lignes blanches et brillantes qui se réunissent au centre pour former une étoile blanche. Les vaisseaux rétiniens sont normaux. Iris brun, cheveux brun foncé. Les deux yeux fournissent des images presque identiques.

L. GALLIARD.

Nouvelle méthode de cure chirurgicale des granulations conjonctivales, par Settimo CECCHINI (*Gazetta degli Ospitali*, *n.* 100 *à* 103, 1885).

Elle consiste à racler toute la surface occupée par les granulations avec une curette tranchante de Volkmann jusqu'au cartilage tarse ; lorsque l'hémorragie est complètement arrêtée, on fait une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent et on neutralise immédiatement en appliquant sur la paupière renversée un peu de coton imbibé de solution de chlorure de sodium. Ce procédé, comme toutes les méthodes similaires, offre le grave inconvénient de prédisposer aux rétractions cicatricielles et à l'entropion.

F. L.

Ueber das subconjonctivale Lipom und eine Combination desselben mit Ichthyosis hystrix (Du lipome sous-conjonctival et sa combinaison avec l'ichthyosis hystrix), par BÖGEL (*Arch. f. Oph. XXXII,* 1).

Après avoir rapporté un cas analogue de Graefe et Saemisch, l'auteur donne son observation :

Un garçon de 8 ans, né de parents sains, présentait les malformations suivantes: Presque toute la moitié gauche de sa tête et une petite partie de la moitié droite sont recouvertes d'une masse verruqueuse épaisse, très pigmentée par places. La paupière supérieure gauche est en fort ectropion. La conjonctive herniée présente trois saillies rapprochées l'une de l'autre, dont la partie supérieure ne peut être délimitée. A la partie inférieure, il y a des saillies verruqueuses multiples ; les cils manquent aux points envahis par les verrues. Du bulbe, on ne peut voir qu'une petite partie de la cornée à moitié transparente. Amaurose absolue. A l'œil droit, ce n'est qu'en relevant la paupière qu'on voit par dessus le bulbe une autre excroissance. V = 20/70 avec — 4,0 D. Il existe des altérations diverses de la papille et de la macula.

Dans un second que l'auteur a pu examiner anatomiquement, il s'agit d'un garçon de 15 ans, mais qui ne présentait aucune autre anomalie.

Dans les deux cas, les tumeurs extirpées ont présenté la structure et les caractères de la peau ; elles se caractérisaient par de l'épithélium et des faisceaux conjonctifs, ainsi que par des vaisseaux et de nombreux tubes nerveux, mais surtout par un développement exagéré de la graisse et des glandes. L'auteur y a trouvé des glandes acino-tubuleuses bien nettes. Il est douteux qu'il existe des lipomes purs de la conjonctive, exempts de caractères tératologiques.

L'auteur voudrait rattacher tous les lipomes sous-conjonctivaux à une anomalie de développement et en distinguer deux sortes : 1° ceux qui présentent la forme habituelle des tumeurs dermoïdes et 2° ceux qui, outre l'épithélium et le tissu conjonctif de la peau, présentent encore des masses graisseuses hypertrophiées, avec des nerfs et des glandes bien développées. ROHMER.

Trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale, par DEBIERRE (*Revue gén. d'ophtalmologie, V, n° 4, p.* 145).

Cette affection est très rare, Polaillon en cite 9 cas : elle s'accuse par les caractères suivants : gêne, larmoiement, tumeur arrondie, non douloureuse, occupant l'angle supéro-externe de l'orbite, marche très lente. En retournant la paupière, on constate que le cul-de-sac est effacé et remplacé par une tumeur de forme oblongue, irrégulièrement bosselée ; on distingue nettement, à travers la conjonctive et le mince feuillet aponévrotique, les différents lobules de la glande. L'extraction se fait très simplement par le cul-de-sac, au moyen des ciseaux. Il s'agit très probablement d'une hyperplasie partielle de quelques lobules.

F. DE LAPERSONNE.

Die Entstehung seröser Iriscysten (De la formation des kystes séreux de l'iris), par STÖLTING (*Arch. f. Ophth., Band XXXI, Abth.* 3).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs publiés sur la question, l'auteur rapporte deux observations personnelles, dans lesquelles, à la suite de piqûres de la cornée, des kystes se développèrent dans la chambre antérieure. L'examen histologique très minutieux qui accompagne la relation de ces faits permet de conclure à une greffe de l'épithélium cornéen sur l'iris. Pour expliquer le mécanisme de la formation du kyste, l'auteur rejette l'opinion qui veut que la poche se forme simplement par pullulation des éléments épithéliaux transplantés sur l'iris. Pour lui, il pense qu'il s'est fait une légère adhérence entre l'iris et la plaie cornéenne ; puis, que l'épithélium antérieur de la cornée est venu

tapisser les lèvres de la plaie de cette membrane, pour s'étendre même sur l'adhérence irienne et former ainsi la face interne du kyste.

ROHMER.

Anatomischer Befund einer congenitalen, eigenthümliche geformten Cataracta (Recherches anatomiques sur une cataracte congénitale à forme spéciale), par BOCH (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., juin* 1886).

A l'examen, on voyait la pupille obstruée par une masse jaune ambrée, parsemée de quelques stries rayonnées, tandis qu'au centre du cristallin cataracté se trouvait une solution de continuité transparente faite comme à l'emporte-pièce, et, vers la partie inférieure et les bords, on voit une masse gris jaunâtre et grumeleuse. Histologiquement, la partie nucléaire la plus rapprochée du centre est formée par une masse graisseuse, parsemée de vacuoles, lesquelles renferment un détritus de fine poussière. La partie périphérique est constituée par des masses hyalines de grosseur variable ; celles-ci, à leur tour, sont séparées par des vacuoles renfermant une émulsion à gros grains avec des débris de pigment, et des particules qui rappellent les globules du sang.

L'auteur pense que l'opacité centrale congénitale s'est propagée aux couches périphériques, puis s'est résorbée spontanément, ou peut-être à la suite d'une irido-cyclite violente. Quant à la présence des globules du sang, l'auteur croit pouvoir en expliquer la pénétration dans la substance cristallinienne par cette même irido-cyclite qui donne lieu, quelquefois, à la pénétration de globules purulents à travers la cristalloïde.

ROHMER.

Report of two hundred and twenty one (221) cases of cataract extraction, par George STRAWBRIDGE (*Med. News*, 2 *oct.* 1885).

S. emploie la méthode de Graefe avec une modification de l'incision qui est intermédiaire entre le lambeau et l'incision linéaire. Le cristallin est extrait par une simple pression du doigt sur la paupière inférieure et l'on fait aussitôt l'occlusion des deux yeux. Le lendemain, lavages avec une solution borique (2 0/0) et une goutte de collyre à l'atropine. Strawbridge ne laisse ses malades au lit que 24 heures; il les laisse s'asseoir le 2e jour et se lever un peu le 3e ou 4e. Il a employé 48 fois la cocaïne, et 4 fois l'anesthésie générale par l'éther. Dans un cas opéré à Wills hospital, la cocaïne a amené un phlegmon avec fonte purulente de l'œil; deux autres cas survinrent à ce moment dans le même hôpital entre les mains d'autres opérateurs ; la cocaïne a donc pu être légitimement soupçonnée.

Voici les résultats obtenus par Strawbridge : succès 85, 2 0/0 ; succès incomplets 8, 1 0/0 ; insuccès 6, 7 0/0.

A. C.

Ueber Scleraoperationen (Recherches expérimentales sur les opérations scléroticales), par KUHNT (*Berlin. klin. Woch., XXII, n°* 50, *p.* 835).

Depuis 3 ans, Kuhnt a institué sur des chiens des expériences dans le but d'établir jusqu'à quel point on peut pratiquer des opérations sur la sclérotique sans inconvénient pour le reste de l'œil.

Pour cela, il a : 1° entrepris de déplacer des lambeaux scléroticaux voisins, tantôt sans léser l'uvée, tantôt en la lésant, tantôt enfin en blessant et perforant non seulement l'uvée, mais la rétine et en déterminant l'issue plus ou moins complète du corps vitré; 2° excisé des fragments plus ou

moins considérables de la sclérotique et comblé la perte de substance, soit avec la conjonctive, soit avec un lambeau sclérotical non pédiculé, emprunté à un autre animal.

Il résulte de ces expériences que c'est seulement lorsque l'uvée a été enlevée ou déchirée sur une assez grande étendue, qu'il survient parfois une opacité du cristallin.

Les lambeaux scléroticaux sessiles que Kuhnt a greffés ont toujours parfaitement repris.

Sur un œil humain qui présentait une déchirure considérable de la sclérotique et du corps ciliaire avec issue du corps vitré, Kuhnt a greffé un tronçon de sclérotique provenant du bœuf. La réunion s'est opérée par première intention et le résultat final a été la conservation de la forme du globe oculaire et d'un certain degré de pouvoir visuel. J. B.

Three cases of cystic degeneration of retina (Trois cas de dégénérescence kystique de la rétine), par LAWFORD (*The roy. London ophth. hosp. Reports, XI*, 2, *p.* 208).

Cette altération régressive est très rare, puisque Lawford n'en a trouvé que trois cas sur 600 globes examinés au musée de Moorfield. Elle se produit seulement dans les décollements complets de la rétine. La poche fait saillie à la surface externe de cette membrane, en rapport avec l'espace sous-rétinien : son contenu est un liquide albumineux, avec de gros grumeaux. Autour de la base d'implantation, on trouve de nombreuses granulations pigmentaires. Les fibres de Müller, dont quelques-unes sont hypertrophiées, sont le plus souvent allongées, étalées à la surface. Les espaces qui doivent former les kystes ne résultent pas seulement de la dissociation de ces fibres, mais bien plutôt de leur destruction. Contrairement à l'opinion d'Iwanoff, le point de départ paraît être la couche granuleuse externe : quant à la cause, l'auteur ne se prononce pas. F. DE LAPERSONNE.

Ein experimenteller Beitrag zur Lehre von der glaucomatösen Excavation (Contribution expérimentale à l'étude de l'excavation glaucomateuse), par LACKER (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., mai* 1886).

Pour prouver l'effet mécanique de l'augmentation de tension intra-oculaire, Lacker a fait des recherches à ce sujet sur des yeux énucléés de suite après la mort. A l'aide d'un appareil décrit longuement, il injecta dans la cavité bulbaire une solution de chlorure de sodium, et augmenta ainsi la tension intra-oculaire. Puis il fit des recherches microscopiques sur l'entrée du nerf optique, et trouva sur les yeux, soumis aux expériences précitées, un refoulement de la lamina cribrosa sous forme d'arc situé près de l'anneau sclérotical. On produit ainsi au niveau de la papille diverses altérations, particulières à l'excavation glaucomateuse. ROHMER.

De la névrite optique rhumatismale, par V. ROI (*Thèse de Paris, 22 juillet* 1886).

L'action du rhumatisme peut s'exercer sur le nerf optique et la rétine en produisant des névrites ou des névro-rétinites. L'examen ophtalmoscopique donne à peu près les mêmes résultats que dans les autres né-

vrites, œdème papillaire, amblyopie rapide, douleurs sourdes dans le côté correspondant de la tête. La névrite rhumatismale est ordinairement monoculaire ; susceptible de guérison, elle laisse à la suite une certaine pâleur de la papille (Parinaud).

Pour l'origine rhumatismale de cette névrite, on doit rechercher les manifestations générales de la diathèse, les lésions oculaires telle que la sclérite : on tiendra compte de la guérison relativement facile sous l'influence du traitement approprié. F. DE LAPERSONNE.

Artérite syphilitique visible à l'ophtalmoscope, par HAAB (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 6, p.* 152, 15 *mars* 1886).

Chez un syphilitique présentant un trouble considérable de la vision d'un des yeux, Haab a constaté à l'ophtalmoscope l'existence d'une affection rétinienne due à une artérite syphilitique. A partir du nerf optique et bien au delà de la macula, du côté temporal, la rétine était trouble, grisâtre, et traversée par de nombreuses hémorragies. Au sein de la région altérée, on distinguait çà et là de fines lignes blanches correspondant aux ramifications d'une artère. Cette artère, poursuivie jusqu'au niveau de la papille, montrait dans ses parois de nombreuses petites taches d'un blanc éclatant, comme de petites écailles; par places, la confluence de ces taches donnait au tronc artériel lui-même un aspect complétement blanc; mais l'obstruction ne paraissait entière que dans les rameaux.

La médication antisyphilitique a fourni une amélioration considérable de ces lésions du fond de l'œil, qui, à la connaissance de Haab, n'avaient pas encore été signalées.

Dans la discussion, Klebs déclare qu'il connaît depuis longtemps l'artérite rétinienne syphilitique signalée par Haab, et l'a montrée aux élèves, mais il n'a rien publié sur ce point. J. B.

I. — Ueber einen Fall, mit typisch wiederkehrender Oculomotoriuslähmung (Cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun à retours périodiques), par THOMSEN et par REMAK (*Berlin. klin. Woch., XXII, n°* 38, *p.* 616).

II. — Ein Fall von periodischer Oculomotoriuslähmung, par W. MANZ (*Ibidem, XXII, n°* 40).

I. — 1°. *Cas de Thomsen.* Cet homme âgé de 34 ans, et bien portant d'ailleurs, offre depuis l'âge de cinq ans une parésie de toutes les branches du nerf moteur oculaire commun (avec immobilité des pupilles et paralysie de l'accommodation) qui, deux fois par an, en mai et en octobre, s'exacerbe et devient une paralysie complète.

Le paroxysme est précédé de céphalée, de nausées et de vomissements; puis, en peu de jours, se développent le ptosis et un strabisme divergent intense. La paralysie rétrocède dans le cours de 3 ou 4 semaines.

Au fur et à mesure des progrès de la paralysie, on voit le champ visuel se rétrécir concentriquement, d'abord pour l'œil paralysé où le rétrécissement est toujours plus marqué.

Depuis l'âge de 13 ans, à la suite d'un traumatisme crânien, ce malade a, en outre, des crises épileptiques à retour irrégulier.

2°. *Cas de Remak.* Jeune homme de 22 ans, grand buveur; deux fois l'an, en moyenne, depuis sa douzième année, il est pris d'une violente céphalalgie frontale gauche avec photophobie de l'œil correspondant, de vomissements, de ptosis et des autres symptômes d'une paralysie du moteur oculaire commun gauche. Chaque fois, la paralysie disparaît dans l'espace d'une quinzaine de jours environ.

Depuis 3 ou 4 ans, ces attaques ont doublé de fréquence, mais le ptosis et la diplopie ne durent plus que 3 ou 4 jours.

Dans l'intervalle, il subsiste maintenant un peu de déviation en dehors de l'œil gauche, sur laquelle une strabotomie n'a eu qu'un effet passager.

Remak a vu le malade trois jours après le début d'une des attaques. Il avait encore une légère chute de la paupière, de la mydriase, de la parésie de l'accommodation, de la parésie du droit interne avec diplopie et déjà le lendemain tous ces symptômes avaient disparu. Le champ visuel n'a pas été exploré.

Remak ne saurait admettre l'idée de Möbius (*R. S. M.*, XXVIII, 111) qui admet, en cas semblables, l'existence d'une tumeur cérébrale se développant par poussées; pour lui, il voit là une forme particulière de migraine, de même que, dans d'autres formes d'hémicrânie, on note des parésies des fibres musculaires lisses des paupières.

Remak a observé un autre fait analogue au précédent, dans lequel la paralysie disparut complétement du jour au lendemain.

Dans la discussion, Hirschberg dit qu'on voit parfois des accidents semblables chez des femmes ayant des troubles menstruels (*R. S. M.*, XXVIII, 90).

II. — Manz publie une nouvelle observation de cette variété rare de paralysie. J. B.

Ueber periodische Nuclearlähmung (Nouveau cas de paralysie périodique des nerfs moteurs de l'œil), par PFLUEGER (*Berlin. klin. Woch.*, *XXII*, *n°* 50, *p*. 835).

Aux 7 cas déjà connus de paralysie périodique des muscles oculaires d'origine centrale, Pflueger en ajoute un huitième : Une jeune fille de 18 ans a, en 1881, le premier paroxysme consistant en une paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche et du facial; en 1883, deux autres paroxysmes, avec paralysie de la troisième paire droite et du facial; en 1885, un 4e paroxysme avec paralysie de la 3e paire droite suivie bientôt de paralysie de la 6e paire gauche et du facial. J. B.

Paralysie de la convergence, par PARINAUD (*Bull. de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, 4e *année*, *p*. 23).

La paralysie de la convergence appartient au groupe des paralysies des mouvements associés et est, par conséquent, d'origine centrale; elle ne doit pas être confondue avec l'insuffisance des droits externes; elle est essentielle ou combinée avec la paralysie de l'élévation ou de l'abaissement. Dans la paralysie essentielle, les trois actes musculaires de la vision rapprochée, convergence, effort accommodatif, rétrécissement de la pupille, sont intéressés. La diplopie a pour caractère d'être croisée avec un écartement modéré des images qui persiste sans modification, dans toutes les directions du regard. Si, une fois croisées, les lignes visuelles ne peuvent pas revenir au parallélisme, il y a paralysie de la divergence, dont la diplopie est homonyme. On constate aussi comme symptôme de ces paralysies, la difficulté d'apprécier les distances et les vertiges. On peut donc dire que ces paralysies consistent dans la lésion de cette fonction en vertu de laquelle le point de convergence des lignes de visée se déplace pour la fixation aux différentes distances : le siège est peut-être dans le cervelet, centre de coordination des mouvements oculaires.

La paralysie de convergence combinée avec la paralysie de l'élévation et de l'abaissement est plus rare dans sa forme typique : elle est caractérisée par ce fait que l'intervention des droits internes, abolie pour la convergence, est conservée pour l'adduction dans les mouvements de latéralité. La lésion des noyaux de la 3[e] paire pourrait expliquer cette paralysie, mais elle paraît siéger bien plutôt dans les tubercules quadrijumeaux (obs. de Wernicke et de Henoch). F. DE LAPERSONNE.

Ueber Insufficienz der Convergenz bei Morbus Basedowii (Sur l'insuffisance du mouvement de convergence dans la maladie de Basedow), par P. J. MÖBIUS (*Centralblatt für Nervenheilk.*, 1886, *p.* 356).

Déjà, en 1883, dans les *Schmidt's Jahrb.*, Möbius notait que chez deux malades atteints de goitre exophtalmique qu'il venait d'examiner, le mouvement de convergence était notablement diminué. Ce fait a été depuis confirmé par Strümpell.— Quant au signe de de Graefe, Möbius le considère non seulement comme inconstant, mais encore comme rare (l'examen que j'ai fait à ce point de vue d'un assez grand nombre de cas de maladie de Basedow m'a conduit absolument à la même conclusion, P. M.).

Möbius a eu l'occasion de rechercher ce trouble de la convergence chez 8 autres malades; chez 6 d'entre eux, il l'a trouvé plus ou moins prononcé ; chez les deux autres, il n'existait pas. Pour le constater, il suffit de présenter un doigt au malade en lui disant d'avoir soin de le fixer constamment pendant qu'on l'approche de plus en plus de la racine de son nez, on voit alors, à un certain moment, les yeux cesser de converger et leurs axes devenir à peu près parallèles. Aucun des malades n'avait d'ailleurs remarqué ce léger trouble dans la fonction visuelle. Ce phénomène existait non seulement chez ceux qui présentaient une exophtalmie prononcée, mais même dans un cas où celle-ci existait à peine ; les deux malades qui n'avaient pas ce trouble de la convergence étaient cependant nettement exophtalmiques. D'autre part, Möbius a constaté que chez un certain nombre de personnes saines ayant les yeux à fleur de tête, on peut trouver un trouble analogue du mouvement de la convergence ; de sorte qu'il pense qu'il s'agit ici de causes multiples qui seraient d'une part l'exophtalmie, d'autre part l'état de faiblesse nerveuse dans lequel se trouvent les malades, et à ce propos il rappelle que Parinaud (*Thèse de* LEVAL-PICQUECHEF) a constaté que chez les neurasthéniques, il existe souvent une réduction notable du mouvement de convergence ; il y a là en effet un rapprochement fort intéressant. P. MARIE.

Diabetes in der Privatpraxis (Le diabète dans la pratique privée), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt.Augenheilk.*, *juillet* 1886).

Pour prouver combien le diabète est plus fréquent dans la pratique privée que dans les cliniques, l'auteur rappelle que, sur 1,156 malades qui se sont présentés dans son cabinet en 1885, et sur 482 pendant le premier semestre de 1886, il a trouvé 17 diabétiques, tandis que ce chiffre a été bien moindre sur les 10,000 individus qu'il a vus à l'hôpital. Et encore, l'analyse des urines ne fut-elle pratiquée que chez les malades dont l'affection pouvait se rattacher à la présence du sucre dans les urines.

La lésion oculaire la plus fréquente chez les diabétiques a été le trouble

de l'accommodation (5 cas); il ne se présenta que deux cas d'iritis diabétiques ; les cataractes diabétiques se caractérisèrent surtout par la couleur bleue métallique et la largeur des rayons corticaux opacifiés, et se présentèrent très souvent chez des individus jeunes, mais fatigués, et dont les urines étaient riches en sucre. L'âge moyen de la vie en fournit cependant encore quelques exemples (6 cas). La rétinite diabétique, surtout la forme non hémorragique, est rare. L'amblyopie diabétique est moins rare, mais elle est d'un pronostic très grave pour les malades. Signalons encore l'atrophie du nerf optique, la diplopie, due surtout à la paralysie du droit externe ; enfin, le diabète peut exister avec d'autres affections oculaires, sans en être la cause. ROHMER.

Enucleation with transplantation and reimplantation of eyes (Enucléation et greffe oculaire), par C. H. MAY (*The medical Record*, 29 *mai* 1886).

May a repris cette étude sur les animaux en transplantant l'œil du lapin sur le chien ; dans 6 cas sur 24, le bandage a pu être conservé et le résultat a été excellent; du 4e au 12e jour, on a vu une zone vasculaire autour de la cornée, les mouvements se sont établis, la tension est redevenue normale, la cornée ne s'est pas sphacélée. La plus grande difficulté dans ce manuel opératoire est la suture du nerf optique au moyen de fils de catgut : l'opération doit être faite avec des précautions antiseptiques très rigoureuses. En tout cas, elle n'a aucune influence sur l'état général et n'élève pas la température ; elle n'a pas d'action sur l'œil sain. F. DE LAPERSONNE.

Transplantation of conjunctiva from the rabbit (lapin), par Eug. SMITH (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, *p.* 347, 25 *septembre* 1886).

Homme, 26 ans, brûlure de l'œil droit avec du fer fondu en septembre 1885. — Le 25 janvier 1886, quatre sutures étant placées sur la conjonctive d'un lapin, on dissèque cette membrane, puis on la place sur le dos de la main ; après l'avoir, avec de l'eau tiède, détaché de la main à laquelle il adhérait, on greffe ce lambeau et on le fixe à l'aide de six sutures qui, le quatrième jour, tombèrent spontanément. Le résultat fut heureux. MAUBRAC.

Ueber Transplantation der Hornhaut (Greffe de cornée), par von HIPPEL (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 331, 17 *mai* 1886).

Von Hippel pense que l'opacité qui envahit fatalement tous les lambeaux de cornée transplantée tient peut-être, d'une part à la vascularisation, qui se développe rapidement au pourtour du leucome, d'autre part à l'effet de l'humeur aqueuse sur le tissu cornéen.

Aussi s'est-il mis à l'abri de l'influence de ces deux facteurs. Le malade avait un leucome central, non adhérent, d'environ 4 millimètres de diamètre, de couleur blanche éclatante. Ce leucome n'intéressait pas toute l'épaisseur de la cornée, car il laissait libre la membrane de Descemet. En dehors et en dedans du leucome, se voyaient des opacités diffuses des couches superficielles de la cornée, traversées chacune par un vaisseau fin dirigé vers le centre de la cornée.

Avec un trépan, Hippel circonscrivit le leucome par une incision, puis enleva, couche par couche, avec les pincettes et le bistouri, les lamelles cornéennes opaques.

Alors, avec le même trépan, il excisa dans toute son épaisseur un tronçon

de cornée d'un lapin et s'en servit pour combler la perte de substance pratiquée dans la cornée humaine.

Sous le pansement iodoformé, il y eut soudure du lambeau sans aucune réaction générale, ni vascularisation, ni gonflement du lambeau qui a conservé son entière transparence.

La physionomie de la malade et sa vision ont beaucoup gagné à cette greffe. J. B.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Sur un cas de fibro-sarcome primitif de la fosse nasale droite, par E.-J. MOURE (*Rev. mens. de laryng.*, *août* 1886).

Femme de 43 ans, ayant, depuis le mois de novembre 1883, des épistaxis qui se sont renouvelées, sans cause appréciable, de plus en plus fréquemment.

En 1884, Moure l'examine et constate, dans la fosse nasale droite, l'existence d'une petite tumeur sessile, indolente, rougeâtre, saignant au moindre contact, ayant toutes les apparences d'un angiome, qui était implantée sur la partie antérieure du cornet moyen, n'ayant pas d'adhérence avec la cloison. L'ablation est refusée. Les hémorragies reparaissent plus abondantes, la tumeur grossit et finit par obstruer la narine, puis à rendre la respiration même impossible par la narine droite en repoussant la cloison. L'examen montrait alors une tumeur d'aspect lisse, unie, rosée, à surface sillonnée de vaisseaux. Moure diagnostique une tumeur maligne et propose de nouveau l'ablation. En septembre 1886, la malade se décide enfin devant les progrès de la tumeur qui gagne le pharynx et déborde en avant hors de la narine. L'ablation se fit très aisément, la cavité nasale étant ouverte largement par l'incision latérale; les suites furent très simples. Après 7 mois, pas de récidive; l'odorat seul est diminué. Il s'agissait d'un fibro-sarcome. A. CARTAZ.

Zur Ætiologie des Rhinoscleroms, par PALTAUF et EISELSBERG (*Fortschritte der Medicin*, *n.* 19 *et* 20, 1886).

Voici le résumé des recherches des auteurs sur six cas de rhinosclérome. Sur des coupes de tissus malades, ils ont constamment trouvé des bactéries encapsulées, confirmation de recherches antérieures, de celles de Cornil en particulier. Avec le suc frais de la tumeur, ils ont ensemencé des tubes de culture (gélatine, agar-agar), et toujours obtenu une seule et même espèce de bactérie, semblable à celle qu'on pouvait étudier sur les coupes. Non seulement au point de vue morphologique, mais en tenant compte surtout des résultats obtenus par les cultures, il y a une grande analogie, pour ne pas dire identité, entre le bacille de la pneumonie et celui du rhinosclérome. Les cultures sur la gélatine (plaques, tubes), sur l'agar-agar, sur la pomme de terre sont absolument semblables dans les deux cas.

De plus, les inoculations faites avec le bacille du rhinosclérome, ont, comme le pneumococcus, déterminé de l'inflammation du poumon, des plèvres, des abcès sous-cutanés et musculaires. Là s'arrêtent les recherches de Paltauf et d'Eiselsberg, car jamais ils n'ont pu réussir à

reproduire expérimentalement le rhinosclérome chez les animaux. Y a-t-il simple analogie ou identité entre le pneumococcus et le bacille du rhinosclérome? La question ne peut être entièrement résolue; ce serait en tout cas un fait à invoquer contre la spécificité trop absolue du pneumococcus. Ne se pourrait-il pas que ce même organisme, déterminant des lésions locales, rhinite, ozène, rhinosclérome, etc., puisse, sous des influences indéterminées jusqu'à présent, produire des affections bronchiques et pulmonaires? W. OETTINGER.

Partial and sometimes general chorea minor, from naso-pharyngeal reflex, par A. JACOBI (*Am. Journ. of the med. sc.*, 1886, *p.* 517).

D'après Jacobi, il existe une forme de chorée qui a pour point de départ des lésions congestives ou inflammatoires de la muqueuse nasopharyngée, surtout dans la zone réflexogène des cornets inférieurs. L'excitation, en ce point, des rameaux sensitifs du trijumeau provoque des mouvements choréiques, localisés d'abord à la face, puis aux parties supérieures du tronc, aux membres supérieurs, parfois même généralisés à tout le corps.

L'auteur ne dit pas si la cautérisation galvanique du cornet inférieur amène la disparition de la chorée, comme elle fait cesser les migraines, les asthmes réflexes d'origine nasale. A. CHAUFFARD.

Zur Casuistik der Gaumenschüsse (Sur les plaies du palais par armes à feu), par KŒHLER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *Band XXIII*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 381-413).

Les plaies par armes à feu qui intéressent en premier lieu la voûte palatine sont rarement mortelles par elles-mêmes quand le projectile ne pénètre pas profondément, mais peuvent s'accompagner de dégâts tels qu'il en résulte une difformité considérable, un obstacle plus ou moins absolu au fonctionnement des organes des sens, des fistules persistantes ou de longues éliminations de séquestres. Les lésions sont très différentes à ce point de vue suivant que la bouche était ouverte ou fermée au moment où le coup de feu a été tiré dans sa cavité.

Ces plaies peuvent cependant devenir mortelles, sans lésion de la base du crâne, par hémorragie ou par asphyxie; cette dernière est due à des caillots, au renversement de la langue, à l'emphysème et surtout au gonflement inflammatoire de la muqueuse.

Elles peuvent encore, toujours sans fracture du crâne, s'accompagner d'un des symptômes capitaux de cette lésion, de la paralysie d'un certain nombre de nerfs crâniens.

Quand elles se compliquent de fracture du crâne, il y a presque toujours des lésions nerveuses multiples qui portent surtout sur le facial et l'acoustique, puis par ordre de fréquence sur le nerf optique, le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe et le pathétique. Les 4 dernières paires sont plus rarement atteintes. Le pronostic est presque toujours fatal.

Kœhler réunit dans un tableau qui résume leurs principaux caractères 11 cas traumatiques de tumeur pulsatile de l'orbite avec survie de plusieurs mois ou guérison relative.

Il termine son travail par deux observations personnelles de fracture

du crâne par un projectile entré par le palais. Le premier blessé présenta une paralysie des 3e, 4e, 6e, 7e et 8e paires crâniennes et une tumeur pulsatile de l'orbite ; il était relativement guéri au bout de huit mois. Le second, sans paralysie, succomba au bout d'un mois à des accidents septiques ; le projectile occupait la fosse jugulaire. MAURICE HACHE.

La amigdalitis simple y el bicarbonato sodico, par D. Rosalino ROVIRA Y OLIVER (*Broch.*, *Barcelone*, 1886).

Dans ce travail, Rovira proteste contre l'enthousiasme exagéré de quelques médecins, qui voient dans le bicarbonate de soude un médicament propre à faire avorter, d'une façon sûre, les amygdalites. Il ne lui reconnaît aucun avantage bien marqué, si ce n'est de corriger l'acidité du mucus des cryptes enflammées et de diminuer, par cette neutralisation, l'intensité du processus inflammatoire. Le bicarbonate est, dans les angines tonsillaires, bien inférieur aux astringents usuels, en particulier à l'alun pulvérisé. A. C.

Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée, par Raphael RICORDEAU (*Thèse de Paris*, 1886).

Dans cette thèse, très riche en documents bibliographiques, l'auteur fait ressortir les dangers de l'instrument tranchant dans l'ablation des amygdales (hémorragies graves, quelquefois mortelles), et recommande la cautérisation au thermo-cautère comme la méthode de choix, en raison de sa simplicité, de son innocuité, de l'absence de toute complication. On trouvera dans ce travail l'analyse de tous les faits publiés d'hémorragie après l'amygdalotomie. A. C.

I. — La perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse, par VERGELY (*Journ de méd. de Bordeaux*, 11 *et* 18 *juillet* 1886).

II. — Des hémorragies dans l'angine phlegmoneuse, par MOIZARD (*Journ. de méd. prat. août*, 1886).

I. — Homme de 34 ans, entré à l'hôpital le 30 juillet pour une angine phlegmoneuse intense. Le 1er août, le malade rejette, en crachant, un peu de pus, des débris sphacélés. Quelques heures plus tard, hémorragie foudroyante mortelle. A l'autopsie, on trouve, en arrière de l'amygdale, une loge pouvant contenir un œuf de pigeon, renfermant de gros caillots sanguins et des lambeaux sphacélés de tissu cellulaire. La carotide interne est nettement coupée en deux à deux centimètres de la bifurcation.

Cette observation a fourni à Vergely l'occasion d'étudier cet accident, heureusement assez rare. Il a recueilli 15 observations dont 12 suivies de mort. Il adopte l'opinion de Monod sur la possibilité de voir les vaisseaux perforés au contact des foyers purulents et pense que le voisinage des voies aériennes doit faciliter la septicité de pus dans l'angine et favoriser le sphacèle.

Les signes qui peuvent faire craindre cette terrible complication sont obscurs ; il faut porter une attention spéciale : à l'extrême gêne de la déglutition ; au gonflement considérable de la muqueuse palatine et de la muqueuse pharyngée, au gonflement du tissu cellulaire et des gan-

glions sous-maxillaires, à l'aphonie, à la prostration du sujet, avec battements perçus dans la tumeur par le doigt. OZ.

II. — Dans le cas de Moizard, il s'agit d'un homme de 40 ans, sujet à de fréquentes amygdalites suppurées dont l'ouverture se fait spontanément. En avril, il est pris de douleur de gorge, l'amygdale droite est enflammée sans que la gauche le soit. Au 8e jour, évacuation spontanée du pus. Le lendemain, le malade, en bon état, se levait, lorsque survient par le nez, par la bouche une hémorragie soudaine, qu'on peut évaluer à un litre. Syncope qui arrête l'hémorragie. Sous l'influence de la digitale, de l'ergotine etc..., l'hémorragie ne reparut pas et le malade guérit.

Moizard ne croit pas qu'une pareille hémorragie puisse être attribuée à une artère amygdalienne, si dilatée qu'on la suppose. Il croit à une ulcération de la carotide interne ou au moins d'une de ses grosses branches pharyngiennes. A. CARTAZ.

De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes, par JOAL (*Archives de méd.*, *mai* 1886).

L'amygdalite est une maladie générale, une fièvre infectieuse, dans le cours de laquelle peuvent survenir du côté des organes génitaux des complications analogues à celles qu'on voit dans le cours des oreillons, du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, etc.

Ces complications, signalées pour la première fois par Verneuil, ont été étudiées depuis par James et Gray.

Elles ne sont pas excessivement rares. Joal a pu en réunir 10 observations, dont 4 personnelles, et, à l'aide de ces documents, il a étudié l'orchite et l'ovarite amygdaliennes.

Ces accidents ne peuvent se comprendre qu'avec la notion de l'amygdalite considérée comme une maladie générale, expression d'une infection de l'économie et non plus simple maladie locale.

Si cette maladie générale frappe particulièrement les amygdales, les testicules, l'ovaire, c'est qu'elle est une maladie de la jeunesse et qu'à cette époque de la vie, les organes précédents sont en pleine activité physiologique, constituant des centres de moindre résistance.

Pour expliquer ces coïncidences morbides, faites pour étonner au premier abord, il n'est donc pas nécessaire d'invoquer une analogie physiologique entre des organes aussi différents que l'amygdale et l'ovaire ou le testicule.

A l'analyse de ses observations, Joal a pu conclure que l'ovarite et l'orchite se présentaient de préférence dans les amygdalites de moyenne intensité. Elles se montrent lorsque les phénomènes angineux décroissent.

Dans un cas, cependant, l'affection de la gorge a suivi l'inflammation du testicule. Presque tous les sujets étaient jeunes (de 18 à 22 ans); un seul âgé de 49 ans fut atteint d'orchite suppurée.

L'amygdalite existait, le plus souvent, des deux côtés; par contre, la détermination génitale a été le plus souvent unilatérale. RICHARDIÈRE.

I. — The question of hœmorrage following uvulotomy, par E. CARROLL MORGAN (*New York med. journ.*, 16 *octobre* 1886).

II. — Sudden death following excision of the uvula (Mort subite après l'ablation de la luette), par W. TOMPKINS (*New York med. Record*, 19, *juin* 1886).

I. — Morgan rapporte, dans ce travail, vingt-trois observations d'hé-

morragie grave après l'excision de la luette. Il s'agit dans la plupart des cas d'une hémorragie artérielle, en dehors de tout état hémophilique. La cause de ces hémorragies est la présence d'anomalies artérielles, l'état d'inflammation et d'hypertrophie de la luette, avec varicosités veineuses. L'opération, faite au moment où la luette est œdémateuse, enflammée, prédispose à des hémorragies rebelles.

Comme traitement de ces hémorragies, Morgan conseille l'application d'un clamp spécial, quand les solutions astringentes et le galvano-cautère auront échoué. Index bibliographique très complet.

II. — Excision de la luette chez un nègre qui se plaignait de chatouillement continu, de gêne de la respiration. Mort, en quelques minutes, des suites d'une hémorragie. Le malade était atteint d'affection cardiaque.

A. CARTAZ.

Three cases of pressure upon the recurrent laryngeal nerve (Trois observations de compression du nerf récurrent avec immobilité de la corde vocale dans la fonction de phonation), par J. SOLIS COHEN (*Transact. of the college of phys. in Philadelphia*, 5 *mai* 1886).

Les laryngologistes sont divisés sur la question de savoir si les troubles moteurs des cordes vocales produits par les lésions du nerf récurrent sont dus à une paralysie des muscles dilatateurs ou simplement à une contracture spasmodique des constricteurs. Solis Cohen est partisan de cette dernière opinion et publie trois observations à l'appui de cette manière de voir.

Dans le premier cas, il s'agit d'une compression du récurrent par un anévrisme de la crosse aortique et de l'artère sous-clavière gauche. La corde vocale gauche est immobile dans la position de phonation, à peu près sur la ligne médiane, avec une forme légèrement concave. Mort subite. Impossibilité d'examen nécropsique.

Dans le second cas, le malade âgé de 44 ans entre à la Polyclinique pour des accès de spasme, cornage et même dysphagie. A l'examen, on trouvait la corde gauche dans la position de phonation, la corde droite était parfaitement libre. Le cornage était évidemment dû à une compression de la trachée, il y avait en effet un gonflement dur et profond du corps thyroïde à gauche. Sous l'influence d'un traitement ioduré, disparition du cornage, de la dysphagie ; mais peu de temps après, la corde gauche étant toujours aussi immobile, on constate par moments des stimulations, une sorte de contraction spasmodique passagère de la corde droite.

La troisième observation est encore un cas d'immobilité de la corde gauche consécutive à un épanchement pleurétique, trois ans auparavant et déplacement du cœur à droite, qui ont pu entraîner des désordres du côté du récurrent ou amener une adénopathie avec compression.

J. Solis Cohen regarde ces cas comme des exemples de contracture des adducteurs et il adopte l'hypothèse de son frère Solomon Solis Cohen d'après lequel les fibres respiratoires, abductrices, du nerf récurrent, offriraient moins de résistance au passage des courants nerveux que les fibres phonatrices, adductrices. La dilatation ordinaire de la glotte pour la respiration, qui est donnée par une contraction partielle des muscles dilatateurs, est une fonction automatique de la vie organique et s'accomplit avec le minimum d'influx nerveux des cellules motrices centrales. Cette impulsion respiratoire traverse d'une façon continue le nerf récurrent. Qu'il survienne une augmentation de l'influx nerveux, par suite

d'une influence psychique du centre moteur, les dilatateurs sont stimulés plus énergiquement, la glotte s'ouvre comme dans l'inspiration forcée. A une stimulation plus énergique, les fibres abductrices entrent en jeu, les cordes se placent dans la position de phonation. Ce sont ces données qui servent à J. S. Cohen pour l'interprétation des symptômes de contracture des cordes vocales. A. CARTAZ.

De las paralisis laringeas frustradas, par D. Rafael ARIZA (*Mem. Sociedad espanola de laringologia, Barcelone, t. I*).

Sous le nom de paralysies frustes, Ariza désigne des troubles fonctionnels des muscles laryngés qu'on peut voir survenir au cours de laryngites chroniques et qui, par leur faible degré, peuvent aisément passer inaperçus; ce sont des troubles dus à l'adynamie musculaire de la parésie. On peut observer en effet que les mouvements des cordes se font bien, leur rapprochement est complet; mais il y a d'un coté un groupe de muscles, soit les adducteurs soit les abducteurs, qui se meut avec moins d'énergie, il a perdu de sa force contractile. Cet ensemble symptomatique, souvent assez peu durable, peut échapper à l'examen et faire rattacher à l'inflammation laryngée ce qui dépend d'un défaut de tonicité musculaire. A. CARTAZ.

Concerning the positions of paralysed vocal bands, par Franklin H. HOOPER (*New York med. journ., p.* 630, 5 *juin* 1886).

Hooper se propose de démontrer que la position prise par les cordes vocales paralysées, dépend non seulement de la cessation d'action d'un ou plusieurs des muscles laryngés, mais aussi de causes physiques individuelles et variables. C'est à ce titre qu'interviennent la forme et les dimensions de la glotte, les variétés morphologiques du cartilage thyroïde, l'élasticité des parties molles du larynx, le degré de développement des aryténoïdes, des muscles aryténoïdiens transverses, la présence de faisceaux musculaires anormaux ou surajoutés, etc. La pression de l'air inspiré, la pesanteur même doivent également entrer en ligne de compte.

Sur des chiens ou des chats, différents entre eux par l'âge et la taille, la section d'un des récurrents met la corde vocale correspondante dans ce que l'on a appelé « la position cadavérique ». Mais cette position elle-même est très variable, et le bord libre de la corde vocale est tantôt presque médian, tantôt plus ou moins incurvé.

Il en est de même chez l'homme, pour l'apparence de la glotte après la mort, ainsi que le montre un dessin intercalé dans le texte.

Comme conclusion, l'auteur montre que le mécanisme anatomo-physiologique du larynx humain est si complexe, que les théories basées uniquement sur la position des cordes vocales paralysées sont passibles de bien nombreuses causes d'erreur. A. CHAUFFARD.

Centre cortical laryngé, paralysies vocales d'origine cérébrale, par J. GAREL (*Ann. des mal. de l'oreille, juin* 1886).

Dans ce travail, Garel publie quatre observations de paralysies laryngées d'origine cérébrale; une de ces observations est d'une importance

capitale, car on a pu avoir la démonstration nécropsique d'un foyer cérébral *limité*.

1° Femme de 72 ans, entrée à l'hôpital le 9 janvier pour une hémiplégie *droite*, datant de deux jours, avec paralysie faciale et aphasie. La malade comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre; l'aphasie est complète. Le 5e jour, examen du larynx : on trouve une paralysie de la corde vocale *gauche*, immobile dans la position cadavérique. Cordes saines. Pas de compression cervicale. Anesthésie pharyngée.

Les symptômes d'hémiplégie s'atténuent, l'aphasie diminue un peu, la paralysie laryngée persiste toujours. Le 26 janvier, nouvelle attaque, mort dans le coma le 27.

A l'autopsie, endartérite du tissu basilaire des cérébrales moyennes, antérieures et postérieures. Dans l'hémisphère gauche, premier petit foyer de ramollissement rouge entre la frontale ascendante et le pied de la 3e frontale gauche. Deuxième foyer plus profond dans le sillon de Rolando, à la hauteur de la 2e frontale, pénétrant d'un centimètre dans la substance blanche. Un peu plus haut, deux ou trois points très petits de ramollissement rouge. Troisième foyer, rouge marron, à la hauteur des 2e et 3e frontales, vers le tiers moyen de la pariétale ascendante.

Dans l'hémisphère droit, sur le pied de la 3e frontale, au niveau des plis de passage, deux points de ramollissement rouge très rapprochés. Pas de lésion à la partie antérieure de la 3e frontale.

Larynx normal, sauf une légère atrophie de la corde paralysée. Pas de compression du récurrent.

2° Femme de 68 ans. Insuffisance mitrale. Attaque d'hémiplégie droite avec aphasie par embolie probable. Paralysie complète de la corde vocale droite. Mort quelques jours plus tard. Autopsie impossible.

3° Homme de 49 ans. Hémiplégie gauche. Paralysie complète de la corde vocale du même côté.

4° Garel rapporte à une lésion cérébrale une aphonie survenue subitement chez un homme de 79 ans, sans paralysie de la face et des membres. L'aphonie survint au réveil, et l'on trouva une paralysie complète de la corde vocale gauche, paralysie qui persista. Il s'agissait d'une monoplégie laryngienne par thrombose localisée.

Garel a examiné une quinzaine d'hémiplégiques aphasiques, sans rencontrer de lésion laryngée. L'observation qu'il publie est la plus démonstrative que l'on connaisse d'un centre cortical laryngé. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 721.)

A. CARTAZ.

Laryngeal vertigo, par F. J. KNIGHT (*Jour. of Amer. med. Assoc.*, 19 *juin* 1886, *p*. 690).

De l'étude de 14 cas publiés dans la littérature, auxquels il ajoute deux observations personnelles, l'auteur conclut : tous les cas (un seul excepté) ont été observés chez l'homme, de 40 à 50 ans. La toux qui causait l'attaque était ordinairement légère, deux fois elle était spasmodique. La perte momentanée de la conscience, les éblouissements sont les accidents les plus constants, quelquefois (3 cas) on a observé des mouvements convulsifs des membres, de la face, de la tête, sans morsure de la langue, sans écume dans la bouche, ni miction involontaire.

La cause de ces attaques est le trouble de la circulation cérébrale dû à la compression des gros vaisseaux de la poitrine et peut-être du cœur.

M.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu avec accidents laryngés graves. Trachéotomie : guérison, par RAYMOND (*Gaz. méd. de Paris*, 17 *juillet* 1886).

Femme de 31 ans ; le 17 mars, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé : salicylate de soude : amélioration. Le 29 du même mois ; sécheresse de la gorge, gêne et douleur de la déglutition, rougeur du larynx ; tuméfaction des amygdales ; léger enrouement. Le lendemain, gêne respiratoire ; dyspnée intense nécessitant la trachéotomie. Une fluxion de la muqueuse laryngée en est reconnue la cause. Les douleurs articulaires ont disparu depuis le matin. Les jours suivants, à la dyspnée éteinte succèdent une légère bronchite, un retour des douleurs articulaires, de la diarrhée, de l'eczéma, et une conjonctivite double, qui guérissent sans accident en six semaines.

OZENNE.

De la Artritis crico-arytenoidea, par Ramon de la SOTA Y LASTRA (*Memorias Sociedad espanola de laryngol.*, *Barcelone*, *t. I*).

R. de la Sota publie une observation d'arthrite crico-aryténoïdienne de nature rhumatismale, guérie en un mois de temps et étudie à ce propos cette affection.

L'arthrite crico-aryténoïdienne se reconnaît aux signes suivants : rougeur de la muqueuse qui recouvre l'articulation, tuméfaction à la base du cartilage aryténoïde, tuméfaction s'étendant parfois à tout le cartilage, immobilité plus ou moins complète de la corde correspondante, fixité de l'aryténoïde dans une des positions qu'il occupe à l'état normal, déformation de la glotte, altération de la voix variant de la dysphonie à l'aphonie complète, enfin, douleur constante en rapport avec le degré de l'inflammation.

Le diagnostic de l'arthrite et de la paralysie nerveuse ou myopathique repose sur ces données principales : douleur spontanée et dans les mouvements, gonflement du cartilage. Un néoplasme sera toujours facile à reconnaître.

L'ankylose crico-aryténoïdienne, qui peut succéder à l'arthrite, s'en distingue par l'absence de douleur.

L'arthrite crico-aryténoïdienne se rencontre à l'état aigu, dans la plupart des fièvres graves. De la Sota en a observé un cas chez son propre fils à la suite de la fièvre typhoïde, deux cas dans le cours de la variole confluente et un cas, celui qu'il publie dans ce travail, d'origine rhumatismale. Les arthrites consécutives à la syphilis, à la tuberculose etc., seraient fréquentes à sa polyclinique.

Il étudie, en terminant, le traitement le plus apte à remédier à cette inflammation et à empêcher la terminaison par ankylose.

A. CARTAZ.

De las alteraciones de la voz en el periodo presuntivo de la tuberculosi-pulmonar, par A. BASSOLS Y PRIM (*Memorias della Sociedad espanola de laringol.*, *Barcelone*, *t. I*).

Dans ce travail, Bassols appelle l'attention sur les altérations de la voix au début de la tuberculose, avant l'apparition du moindre symptôme thoracique ou d'une lésion laryngée ; c'est un défaut de tonalité, une difficulté d'émettre le son ; la tension et le rapprochement des cordes se font avec lenteur, hésitation par suite du défaut d'énergie du courant d'air

expiratoire. Il attribue ces désordres parétiques à un défaut du stimulus nerveux, résultat de l'anémie et rappelle qu'il a proposé comme moyen de contrôler ces signes assez délicats (*Gaceta med. catalana*) 1° de mesurer la capacité pulmonaire du sujet; 2° d'établir par différence, pour une même quantité d'air, le temps pendant lequel un sujet sain et le sujet suspect peuvent tenir une note. A. CARTAZ.

Observation de trachéocèle, par DAREMBERG et VERNEUIL (*Rev. de chir. n°* 5, 10 *mai* 1886).

Homme de 73 ans chez lequel on ne relève comme antécédents qu'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration, depuis deux années, et deux crises d'étouffement intense sous l'influence du froid et d'une ascension rapide.

En septembre 1884, en même temps que du cornage et des accès d'oppression, paraît à la partie latérale gauche du cou une petite tumeur, qui dévie légèrement la trachée, semble la comprimer et se prolonger derrière la clavicule. Pendant quelque temps, la tumeur paraît diminuer, mais dans le courant de l'année 1885, à différentes reprises, du cornage, de la dysphagie, des accès d'étouffement surviennent en même temps que des quintes de toux au moment desquelles la tumeur du cou apparaît d'abord cylindroïde, puis globuleuse et s'efface au bout de quelques instants. L'examen laryngoscopique montre les cordes vocales saines et mobiles. En novembre 1885, on constate les symptômes suivants : cornage continu très accentué ; toux quinteuse avec dyspnée fatigante et expectoration spumeuse, incolore, visqueuse ; augmentation totale du volume du cou ; larynx mobile ; trachée légèrement déviée à droite ; bruit trachéal continu, assez rude dans les deux temps de la respiration ; submatité dans les deux espaces intercostaux supérieurs.

Déglutition gênée, provoquant parfois des crises d'étouffement.

Le principal symptôme est la saillie, qui apparaît soudainement sur la partie latérale gauche du cou et disparaît presque aussitôt ; elle n'est jamais provoquée que par la toux, plus ou moins fréquemment dans les 24 heures, s'effaçant avec elle, comme s'il s'agissait d'un ballon qu'on gonfle et dégonfle. Du volume et de la forme d'un citron, elle est élastique, rénitente, sonore, indolente, n'entravant nullement la respiration, ni la phonation, ni la déglutition, et résistant à la pression, qui ne provoque pas sa réduction.

A droite, à la partie interne du triangle sus-claviculaire, autre petite saillie présentant les mêmes caractères.

Sous l'influence d'un traitement ioduré et bromuré et de l'application de deux cautères, au niveau des deux premiers espaces intercostaux, il y eut une amélioration très sensible pendant 5 mois environ, tant du côté des symptômes fonctionnels que du côté de la tumeur, qui paraissait beaucoup plus rarement ; puis, dans le mois de mars, les crises d'oppression reparurent avec violence et le malade mourut asphyxié. OZENNE.

I. — Ueber Kehlkopfskrebs (Du cancer du larynx), par W. LUBLINSKI (*Berlin. klin. Woch.*, 22 *février*, 1er *et* 8 *mars et* 25 *janvier* 1886).

II. — Des tumeurs du larynx, par Ch.-Ed. SCHWARTZ (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1886).

I. — Sur 18 observations personnelles, Lublinski a constaté 5 fois une hérédité cancéreuse indirecte ; quant à l'âge, ses malades se répartissent ainsi : 1 au-dessous de 40 ans, 5 entre 40 et 50, 9 entre 50 et 60 et 3 de 60 à 70.

Le cancer primitif peut siéger presque en tous les points du larynx, affectant toutefois une certaine prédilection pour l'épiglotte et les fausses

cordes vocales; on le rencontre moins souvent sur les cordes vocales vraies et encore plus rarement sur les cartilages aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques. D'une façon générale, on peut dire que l'épithéliome envahit l'intérieur du larynx, les cordes vocales inférieures, les ventricules et la région sous-glottique, tandis que les autres espèces (beaucoup plus rares) attaquent les replis ary-épiglottiques et les cartilages.

Lublinski passe en revue tous les symptômes des diverses périodes d'évolution de la maladie; parmi ceux-ci, les ulcérations cancéreuses peuvent donner lieu aussi à des périchondrites se terminant soit par la nécrose du cartilage soit par des abcès qui poussent sur le côté du cou et deviennent fistuleux; souvent aussi les ulcérations atteignant de gros vaisseaux occasionnent des hémorragies.

Au laryngoscope, les premières manifestations du néoplasme sont variables. Dans les cas les plus graves, on voit dès le début des nodosités d'abord cantonnées à un côté et à une région très limitée du larynx, dépassant par la muqueuse et proéminant graduellement jusqu'à former des choux-fleurs. Les sièges principaux de cette forme de tumeur sont l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques et les cordes vocales supérieures. Rapidement ces tumeurs confluent et il devient bientot impossible de reconnaître leur point de départ. Ensuite elles se ramollissent à leur centre donnant un ulcère qui tantôt, gagnant en profondeur, produit une perte de substance cratériforme, tantôt s'étend en continuité.

Une forme un peu différente est celle qui débute immédiatement par l'ulcération de la muqueuse et qui a son point de départ sur les cartilages aryténoïdes, on la confond facilement avec les ulcères syphilitiques. Elle peut rester assez longtemps superficielle, s'étendant lentement en surface.

Lublinski en rapporte deux observations caractéristiques.

A une période plus avancée, la tumeur envahit le cartilage thyroïde dont l'épaississement devient appréciable à l'extérieur. Schottelius (*Recherches sur les cartilages du larynx*, 1879) a montré que, pour que le cartilage fut envahi, il fallait qu'il fût partiellement ossifié : alors les masses cancéreuses s'insinuent entre les portions cartilagineuses normales et les portions ossifiées dont la connexion est très lâche et elles soulèvent les lamelles extérieures restées cartilagineuses. Lublinski cite un exemple de ce genre.

Il est beaucoup plus rare de rencontrer des tumeurs dont le développement principal se fait en dehors du larynx et qui aient peu de tendance à s'ulcérer. Elles peuvent alors simuler un goitre ainsi que Lublinski en rapporte un cas.

La durée du cancer du larynx est difficile à fixer parce qu'on a rarement des informations précises sur l'époque de son début. Dans 12 observations personnelles d'épithéliome non opéré, la durée moyenne a été de 2 ans 1/2 dans les cancers médullaires, il s'écoule tout au plus la moitié de ce temps avant la terminaison fatale.

L'extirpation totale du larynx a été pratiquée jusqu'ici 76 fois; 31 des opérés ont succombé dans la quinzaine, la plupart à une pneumonie ou à une bronchite septique et 4 par la même cause avant la huitième semaine, soit en tout une mortalité de 46 pour 100. Mais il faut considérer que, sans avoir été opérés, bon nombre de cancéreux meurent d'affections pulmonaires (cinq fois sur douze dans la statistique de Lublinski).

C'est donc à tort que Cohen (*R. S. M.* XXII, 744) voit là une complication opératoire tenant à l'irritation ou à la lésion du pneumogastrique.

Sur 41 opérés qui ont survécu, 3 ont été enlevés par des affections intercurrentes, 20 par des récidives. Mais il est impossible d'affirmer la guérison définitive des 18 autres cas, la moitié d'entre eux ont été observés trop peu de temps. Des 9 restant, l'un a été emporté au bout de 14 mois par une récidive locale.

Aussi Lublinski prouve-t-il qu'en cas d'impossibilité d'enlever les portions du larynx malades, on doit procéder à l'ablation du larynx à condition qu'il ne s'agisse pas d'individus décrépis ou atteints de catarrhe pulmonaire ou enfin chez lesquels le cancer a envahi l'œsophage.

Les dangers de l'extirpation ont d'ailleurs été diminués par les progrès du manuel opératoire et du traitement secondaire. Tandis que les 38 premiers cas ont fourni une mortalité de 52.6 pour 100 dans la première quinzaine, pour les 38 derniers, elle n'a été que de 29 pour 100.

Quand elle est possible, l'extirpation unilatérale du larynx a sur la complète le triple avantage de ne pas gêner la déglutition, de ne pas abolir la voix et d'être moins dangereuse par ses suites immédiates (Voy. Hahn *R. S. M.* XXVII, 310). J. B.

II. — Le travail de Schwartz représente l'étude d'ensemble la plus complète qui ait paru sur les tumeurs du larynx. Dans une première partie, l'auteur retrace l'histoire clinique et pathologique des tumeurs bénignes, polypes proprement dits, papillomes, myxomes, fibromes, etc...

Les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents, 602 sur 1100 (Bruns); 206 sur 300 (Fauvel); 94 sur 200 (Massei) 67 sur 100 (Mackenzie); 163 sur 310 (Elsberg). Les fibromes viennent en seconde ligne, 346 sur 1100 (Bruns) ; 14 sur 300 (Fauvel); 32 sur 200 (Massei). Viennent ensuite dans des proportions, très variables suivant les auteurs, les variétés de tumeurs rares.

Le siège de prédilection des tumeurs bénignes est la corde vocale inférieure. Les symptômes varient peu, qu'il s'agisse de telle ou telle variété; suivant le volume, le siège, ces tumeurs peuvent passer presque inaperçues ou donner naissance à des accidents graves de dyspnée.

La seconde partie est consacrée à l'étude des tumeurs malignes, relativement rares ; le sarcome est la variété la plus rare, l'épithéliome la plus ordinaire; il est vrai de dire que bon nombre d'observations publiées comme carcinome se rapportent en réalité à des épithéliomes. Schwartz insiste avec beaucoup de raison sur les difficultés du diagnostic, non seulement à la période de début, mais même lorsqu'il existe une tumeur manifeste.

Le traitement des tumeurs du larynx est exposé avec beaucoup de soins et de nombreux détails. Pour les tumeurs bénignes, la méthode intra-laryngée doit être la méthode de choix; elle doit être essayée d'emblée, à moins d'indications vitales urgentes et, dans ce cas, peut alors être employée après la trachéotomie (arrachement, excision, caustiques, galvanocautère).

La laryngotomie constitue une méthode de nécessité, quand la tumeur ne peut être enlevée par les voies naturelles. La thyrotomie et la laryngotomie totale sont les plus aptes à mettre à découvert la cavité

proprement dite du larynx. La laryngotomie sous-thyroïdienne est indiquée pour les tumeurs sous-glottiques sessiles. La laryngotomie hyoïdienne, dans les cas de tumeurs très vasculaires et à base d'implantation large de l'orifice supérieur du larynx ; elle devra être précédée de la trachéotomie.

Dans le cas de tumeurs malignes, la méthode endolaryngée n'est guère applicable qu'aux sarcomes pédiculés. Quant à la laryngotomie, elle ne donne que des résultats fort douteux, en raison de la nature du néoplasme et est en partie abandonnée pour la laryngotomie totale ou partielle.

L'extirpation du larynx forme une des parties les plus importantes du travail de Schwartz, qui s'est appliqué à résoudre, par l'étude clinique et statistique, la question de l'utilité de cette grave opération. On trouve réunis dans cette thèse les résultats de 119 cas, dont plusieurs inédits (Labbé, Socin). Ces 119 faits comprennent 97 extirpations totales (87 pour cancer ; 8, sarcome ; 2, polypes ; 22 extirpations partielles (20 pour cancer, 2, sarcome).

Sur les 95 cas d'extirpation pour tumeur maligne, on compte 12 morts dans les huit premiers jours (hémorragie, collapsus, embolie) ; 20 morts dans les 15 jours (19 pleurésie ou pneumonie, 1 gangrène pulmonaire) : 7 morts à échéance peu éloignée (pneumonie, asthénie).

Sur les opérés survivants, on compte 26 récidives, le plus grand nombre avant un an.

Pour l'extirpation partielle, les 23 cas donnent 8 morts opératoires, 7 récidives.

En présence de ces résultats, Schwartz se déclare partisan du traitement purement palliatif, la trachéotomie et le traitement général, sans repousser cependant l'extirpation qu'il regarde comme une méthode d'exception. A. CARTAZ.

Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfes (Papillome corné du larynx), par A. JURASZ (*Berlin. klin. Woch.* n° 5, p. 73, 1er *février* 1886).

Il s'agit d'une tumeur laryngée analogue aux cornes cutanées par ses caractères macroscopiques et microscopiques.

Homme de 54 ans, atteint depuis trois mois d'une raucité qui est devenue graduellement de l'aphonie. Depuis trois semaines, il existe de la douleur à la déglutition et à la palpation du larynx, surtout du côté droit.

Au laryngoscope, la corde vocale inférieure droite est recouverte dans toute sa longueur par une tumeur d'un blanc gris, bosselée, constituée par de très petites saillies coniques pressées les unes contre les autres et séparées par de profondes dépressions. Les proéminences les plus longues ont 8 millimètres.

Chaque arrachement fut accompagné d'une hémorragie notable et d'une toux convulsive. La tumeur, qui a une dureté cartilagineuse au toucher, recroissait incessamment malgré les cautérisations. J. B.

Isolirte Exstirpation des Ringknorpels wegen Ecchondrom (Extirpation isolée du cartilage cricroïde pour un enchondrome), par BÖCKER (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, 1886).

Sujet de 62 ans, atteint depuis deux ans d'une dyspnée qui s'est exaspérée depuis quelques semaines. Au laryngoscope, dans l'inspiration, on voit au-dessous de l'extrémité postérieure des cordes vocales, saillir une tumeur ar-

rondie, lisse, plus grosse qu'une noisette, adhérente au cricoïde. Elle paraît être constituée par du tissu conjonctif dur ou par du cartilage. Elle menace d'oblitérer bientôt complètement la glotte.

Le 21 août 1885, l'auteur pratique d'abord la trachéotomie et, introduisant le doigt dans la trachée, constate que la tumeur est dure, immobile, et provient en réalité du cartilage cricoïde. Il place la canule à tampon de Hahn, puis incise le cricoïde sur la ligne médiane. Comme il reconnaît l'impossibilité de disséquer la tumeur qui se confond avec la moitié postérieure de l'anneau cricoïdien, il prolonge l'incision jusqu'à l'os hyoïde, divise par un trait de scie longitudinal le cartilage thyroïde, met à nu le cricoïde, dissèque la muqueuse sur le bord supérieur, désarticule les aryténoïdes en respectant les cordes vocales, dissèque les crico-aryténoïdiens postérieurs et extirpe enfin le cricoïde.

Pansement au sublimé et à la gaze iodoformée. Apyrexie.

Le 26 août, hémorragie abondante nécessitant le tamponnement de la plaie.

Deux semaines après l'opération, le sujet part guéri. A ce moment, les cordes vocales sont flottantes, les aryténoïdes se sont rapprochés l'un de l'autre. L'opéré porte une canule. Il peut parler en la bouchant; la voix est rauque et enrouée.

La tumeur est un enchondrome; elle contient des points ossifiés. L. GALLIARD.

Ueber spætere Folgzustaende nach der Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtheritis im Kindesalter (Sort des enfants trachéotomisés pour le croup), par Martin NEUKOMM (*Zurich*, 1885).

A la clinique de Zurich, dans l'espace des 3 ans compris entre le 1er avril 1881 et le 1er avril 1884, on a opéré 203 enfants pour croup, sur lesquels 81, soit 40 0/0 sont sortis guéris.

Neukomm a eu l'idée de rechercher ce qu'il était advenu de ces derniers.

79 étaient encore en vie, et 58 étaient dans un état tout à fait normal, tandis que les 21 autres présentaient des troubles divers de l'appareil respiratoire. Mais, pour 8 seulement, on pouvait, sans hésiter, rapporter l'origine des accidents à la trachéotomie, soit qu'il s'agit d'une soudure du thyroïde et du cricoïde, soit de toux et de dyspnée dues à une sensibilité morbide de la cicatrice, soit encore d'un trouble vocal dû à un fonctionnement défectueux des muscles cricothyroïdiens.

Quant aux deux trachéotomisés qui avaient succombé postérieurement à leur sortie de l'hôpital, pour l'un la cause de la mort, survenue au bout de 5 mois, était une diphtérie. L'autre enfant était mort subitement dans un accès de suffocation tenant vraisemblablement à des bourgeons charnus de la trachée.

Donc, en résumé, des 81 trachéotomisés guéris, un seul a péri des suites de l'opération, et 10 0/0 offraient des troubles, d'ailleurs peu graves, qu'on pouvait rattacher à la trachéotomie.

La cicatrice, le plus souvent rhombique, présentait, surtout après la trachéotomie inférieure, de la tendance à se déplacer, en descendant du côté du sternum. Les troubles vocaux étaient un peu plus fréquents après la crico-trachéotomie qu'après la trachéotomie pure. Il ne s'agissait pas tant de raucité que d'une voix un peu creuse, grave et faible et l'examen laryngoscopique ne révélait rien de particulier.

Les 7 enfants, qui, au moment de l'opération, avaient un corps thyroïde volumineux, ne présentaient plus du tout ou à peine de traces de cette hypertrophie. J. B.

Papillome de la trachée enlevé par le larynx, par C. LABUS (*Monat. f. Ohrenheilk.*, *n°* 4 1886).

Chez un homme de 63 ans, qui avait depuis deux ans une dyspnée devenue graduellement croissante, le laryngoscope fit découvrir une tumeur remplissant presque la largeur de la trachée au niveau du 5e anneau. Au moyen d'une pince spéciale, Labus put extraire, en sept séances, soixante fragments de la tumeur, représentant ensemble un volume de 4 centimètres cubes. Le malade, fort soulagé, rejeta encore en toussant quelques autres fragments. Revu quatre mois plus tard, il n'avait pas de difficultés respiratoires. La tumeur était constituée par un papillome. A. CARTAZ.

Des rétrécissements cicatriciels de la trachée, par KÜSTER (59e *réunion des naturalistes allemands,* 18 *septembre* 1886).

Küster distingue quatre variétés de rétrécissements :

1° Les rétrécissements d'origine traumatique ;

2 Les rétrécissements, suite de diphtérie. Sur 704 cas de trachéotomie pour cette maladie, l'auteur a observé 286 guérisons (40,63 0/0). Mais, sur les 286, il a vu 11 cas de rétrécissements (3,84 0/0). En comptant 5 autres cas entrés à l'hôpital ayant déjà la sténose, il a 16 observations.

Cette variété comprend 3 formes :

a) Rétrécissements par granulation se présentant sous la forme d'une tumeur granuleuse ;

b) Rétrécissements sous-muqueux, par altération du cartilage du tissu sous-muqueux ;

c) Rétrécissements muqueux, par ulcération ou destruction de la muqueuse ; forme rare.

3° Les rétrécissements syphilitiques.

4° Les rétrécissements par néoplasmes (sarcomes ou carcinomes).

Le traitement consiste dans l'élargissement de la fistule ou l'ouverture de la trachée et, suivant les cas, destruction du granulome, des brides cicatricielles, etc., puis dilatation mécanique et usage de la canule de Dupuis. Une fois, K... a fait la résection (avec succès) de la trachée-artère. Sur 17 cas ainsi traités, il a obtenu 12 guérisons.

Bramann, sur 650 trachéotomies, n'a pas vu un cas de rétrécissement trachéal. A. CARTAZ.

Cocaïn in der Ohrenheilkunde (La cocaïne en otologie), par A.-G. HOBBS (*Zeitschr. für Ohrenh., XV,* 4, *p.* 303).

Dans le conduit auditif, aucun effet contre l'otalgie. Dans la caisse du tympan, par la trompe, l'effet fut excellent. Deux gouttes d'une solution à 2 0/0 insufflées par le cathéter ont supprimé la douleur pendant deux heures dans l'otite moyenne aiguë ; à 4 0/0 pendant huit heures. On peut encore employer le moyen suivant avec succès : pulvérisation d'une solution de cocaïne et de glycérine dans la fosse nasale correspondante, puis aussitôt après exécution du procédé de Valsalva. R. C.

Bruch des Hammergriffes durch Schlag auf's Ohr (Fracture du manche du marteau par coup sur l'oreille), par EITELBERG (*Wien. med. Presse, n°* 43, 1885).

Un homme robuste, de 38 ans, raconte qu'il a reçu récemment sur l'oreille

gauche un coup violent, et que depuis cet accident il a des bourdonnements fort désagréables et du sifflement chaque fois qu'il se mouche.

L'examen du tympan ne révèle qu'un peu d'état louche; disparition du triangle lumineux. Les vaisseaux le long du manche du marteau sont injectés; l'extrémité large de cet os est rouge et séparée des autres parties. Au-dessous de cette extrémité existe un trou gros comme une tête d'épingle.

Au bout de trois semaines, le médecin constate que la fracture est guérie; consolidation du manche du marteau; l'injection vasculaire a disparu. On commence à voir le triangle lumineux. La perforation existe encore, mais elle s'est rapprochée du bord inférieur du tympan. Pas d'otite. L. GALLIARD.

Ueber einen operativ geheilten Hirnabscess nach Otorrhoe (Abcès cérébral consécutif à une otorrhée guéri par trépanation de l'apophyse mastoïde), par TRUCKENBROD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 816, 7 *décembre* 1885).

A la suite d'une otite moyenne aiguë gauche, s'étaient montrés les phénomènes suivants : très vive douleur en arrière de l'oreille avec œdème rapidement croissant; paralysie du facial *droit* et trouble de la parole; ces derniers symptômes indiquaient la formation d'un abcès cérébral. Après l'incision de l'apophyse mastoïde, qui évacua un abcès gros comme une petite orange, tous les phénomènes morbides disparurent.

Dans la discussion, *Katz* cite un fait prouvant combien parfois le diagnostic d'abcès du cerveau est difficile. A l'autopsie d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué cette complication, le cerveau était absolument intact; mais il existait un cholestéatome du temporal et la paralysie faciale simultanée s'expliquait par une affection du canal facial. J. B.

Fall von erfolgreicher Ausmeisselung einer den Ohrkanal vollständig ausfüllenden Elfenbeinexostose (Ablation d'une exostose éburnée obstruant le conduit auriculaire), par KNAPP (*Berlin. klinische Woch.*, *t. XXI*, *n°* 49, *p.* 818).

Homme de 34 ans, ayant depuis l'enfance, à la suite de la scarlatine, une otorrhée double. L'écoulement s'étant arrêté soudainement, le malade fut pris de vives douleurs dans la moitié droite de la tête, de nausées et d'insomnie. Le conduit auditif gauche était presque complètement rempli par des exostoses; quant au droit, il était absolument obstrué par une exostose unique, mais considérable, partant de la paroi postérieure.

Les accidents dus à la rétention du pus ne faisant qu'augmenter, Knapp creusa à coups de ciseaux dans le tissu osseux sain pour détacher l'exostose du côté droit qui était extrêmement dure. L'opéré fut immédiatement soulagé, mais il ne guérit qu'après l'extraction de deux séquestres qui se trouvaient dans l'apophyse mastoïde. J. B.

Vollständige Verknöcherung des Labyrinths (Ossification complète du labyrinthe), par KUNDRAT (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 *avril* 1886).

Ossification complète du labyrinthe chez un homme de 30 ans, mort de tuberculose subaiguë. Le sujet eut, à l'âge de 20 ans, consécutivement à un traumatisme de la tête, un écoulement de pus par l'oreille droite. Plus tard céphalée, vertige, surdité de l'oreille droite; on hésitait entre une tumeur cérébrale et un abcès, ce dernier paraissant plus probable.

A l'autopsie, abcès ancien de la grosseur d'une noix dans l'hémisphère cérébelleux droit. Le rocher du côté droit est augmenté de volume et ses parois épaissies. Le labyrinthe est complètement oblitéré par du tissu osseux.

L'auteur ne connaît que deux cas analogues (Politzer et Moos) et encore sans oblitération aussi complète que dans ce fait. L. GALLIARD.

REVUE GÉNÉRALE.

LES TUMEURS DE LA VESSIE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL,

Par R. JAMIN

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

Gussenbauer (cas de Billroth), VII, 316 ; — Volkmann, X, 244; — Hudson, XV, 623; — Heim-Vœgelin, XVI, 269; — Féré, XX, 266; — Thompson. XXIV, 337 et 338 ; — Whitehead et Pollard, XXIV, 339 ; — Bazy, XXIV, 329; — Stein, Bontecou, Ransohoff, XXIV, 341 ; Thorne, XXIV, 342; — Guyon, XXVI, 276, et XXVII, 294 ; — Berkeley Hill, XXVI, 232; — Wittelshöfer, XXVI, 281 ; — Kaltenbach, XXVI, 283 ; — Pousson, XXVII, 295; — Hoffmokl, Stein, XXVII, 300 ; — Ebenau, XXVII, 704 ; — Geza von Antal, XXVII, 707.

Consulter, en outre, les travaux suivants, se rapportant directement à l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie :

LE CHIRURGIEN OPÉRATEUR, par **Covillard** (*Lyon*, 1640). — TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par **Chopart** (1830). — TREATISE ON CALCULUS, par **Crosse** (1835). — LA LITHOTRIPSIE, par **Leroy d'Étiolles** (1836). — TRAITÉ DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par **Civiale** (*t. III, p.* 152, 1860). — TUMOREN DER HARNBLASE, par **Herman Maas** (*Berlin. klin. Wochensch., XIII, n°* 4, *janv.* 1876). — HEILUNG EINES ZOTTENKREBSES DER BLASE, par **Kocher** (*Centralbl. f. Chir., n°* 13, 1876). — FIBROMYXOMA VESICÆ, ETC., par **Schatz** (*Arch. f. Gynäk., X,* 1876). — TUMOUR OF THE BLADDER, par **Fock** (*Dublin journ. of med. Sciences, p.* 341, *octobre* 1876). — HAEMATURIE, par **Ultzmann** (*Wiener klinik, n°s* 4 *et* 5 1872). — CASUISTIK DER BLASENTUMOREN, par **Marchand** (*Langenbeck's Archiv, XXII,* 1878). — TUMOUR IN THE BLADDER REMOVED BY PERINEAL INCISION, par **Murray Humphry** (*Med. chir. Transact., vol.* 62, *p.* 421, 1879). — DIE KRANKHEITEN DER HARNBLASE, par **Winckel** (*Chir. v. Pitha und Billroth, IV,* 1879). — TUMOUR OF THE BLADDER, par **Norton** (*Transact. clin. Soc., mai* 1879). — VILLOUS SARCOMA, par **Heath** (*London med. Times and Gaz., décembre* 1879). — FUNGUS OF THE BLADDER ; TREATMENT, par **Street** (*Philadelph. med. Times,* 1879). — TUMOUR OF THE BLADDER, par **Godson** (*Brit. med. journ., t. I.* 1879). — FIBROMYXOMA DER WEIBLICHE HARNBLASE, par **Brennecke** (*Centralbl. f. Gynäkol.,*

III, 8, 1879). — Cystoscopichen Instrumente, par **Nize, Oberländer et Dittel** (*Wien. med. Wochenschr.*, *n.* 24 *et* 46, 1879). — Tumour of the bladder; lateral lithotomy; death, par **Berkeley Hill** (*Univ. coll. hosp. Reports* 1880). — Cistotomia soprapubica per la estrazione di un neoplasme villoso della cavita vesicale, par **Marcacci** (*Lo Sperimentale, p.* 350, *octobre* 1880). — Instrumente für Endoscopie, par **Leiter** (*Vienne*, 1880). — Tumour of the bladder; lateral lithotomy; recovery, par **Davies Colley** (*Clin. Soc. Transact.*, *XIV*, *p.* 104, 1881). — Tumour of the bladder, par **Barton** (*Dublin Journ. of med. Sciences*, 11 *juillet* 1881). — Zur Kenntniss der Myome der Harnblase, par **Befield** (*Wiener med. Wochenschr.*, *n°* 12, 1881). — Blasentumoren, par **Fischer** (*Archiv f. klin. Chirurg.*, *fasc.* 3, 1881). — Die Endoscopie der Harnröhre und Blase, par **Grünfeld** (*Deutsche Chirurgie*, 51, 1881). — Papillom der Harnblase, par **Rauschenbusch** (*Diss. inaug. Halle*, 1882). — Fungosities of the bladder, par **Atlee** (*Philadelph. Med. Times*, *avril* 1882). — Digital exploration through median incision; removal of growth, par **J. Morgan** (*The Lancet*, 16 *septembre* 1882). — Tumour of the bladder, par **Spencer Wells** (*The Lancet*, 27 *janvier* 1883). — Rapport a la Société de chirurgie de Paris sur le mémoire de Bazy, par **Ch. Monod.** Discuss. : Després, Verneuil, Marchand, M. Sée (25 *juillet* 1883). — Operation intravesicaler Tumoren, par **Wittelshöfer** (*Wien. med. Wochenschr.*, *n°* 52, 1883). — De l'intervention chirurgicale et du diagnostic des tumeurs de la vessie, par **Guyon** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, *mai-août-novembre* 1884). — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, par **Pousson** (*Th. doct. Paris*, 1884). — Ueber den hohen Blasenschnitt, par **Schnabl** (*Wien. med. Blätter*, *n.* 31 *et* 32, 1884). — Extirpation of a papilloma of the bladder by the perineal boutonniere; recovery, par **H. Morris** (*The Lancet*, 26 *avril* 1884). — Extirpation of malignant growth by median lithotony; recovery, par **Godlee** (*Med. Times and Gaz.*, 27 *septembre* 1884). — Tumours of the bladder; lithotomy, par **Little** (*New York med. News*, 15 *novembre* 1884). — Villous tumour of the bladder; cystotomy; death, par **Harrison** (*The Lancet*, 18 *otobre* 1884). — De l'extirpation des tumeurs de la vessie, par **P. Reclus** (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 28 *mars* 1884). — Nachbehandlung des hohen Steinschnittes, etc., par **Willy Meyer** (*Archiv f. Kl. Chir.*, *XXXI*, 1884). — Tumours of the male bladder, par **Watson** (*Boston med. and surg. journal*, 30 *octobre* 1884). — De l'extirpation des tumeurs de la vessie, par **Heydenreich** (*Semaine médicale*, 21 *janvier* 1885). — Leçons sur les tumeurs de la vessie, etc., par **H. Thompson** (*trad. franç. de* **R. Jamin** (1885). — Tumours of the bladder, par **Pitts** (*Med. Times and Gaz.*, 30 *mai* 1885). — Case of tumour of the bladder, par **Anderson** (*Brit. med. journ.*, *mai* 1885). — De l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie, par **Rollin** (*Th. doct. Paris*, *juillet* 1885). — 47 cas de tumeurs vésicales chez l'homme, enlevées par le périnée ou l'hypogastre (Revue critique), par **A. Sabatier** (*Revue de Chirurgie*, *juillet-août* 1885). — Perinealschnitt und Sectio alta der Harnblase, par **Schustler** (*Wiener med. Wochenschr.*, *n.* 6, 7 *et* 8, 1885). — Partielle Resection der Harnblase, par **Sonnenburg** (15ᵉ *congrès de chirurgie allemande, Berlin*, 9 *avril* 1885). — Sui tumori vesicali, par **G. Mori** (*Ann. univers. di med. e chirurg.*, *septembre* 1885). — Diagnosis and treatment of vesical tumours, par **Harrison** (*Med. Times and Gaz.*, 1er *août* 1885). — Diagnose und Behandlung der Blasentumoren, par **Whittelshöfer** (*Wien. med. Wochenschr.*, 22 *août* 1885). — Diagnostic des tumeurs de la vessie, par **Marcano** (*Progrès médical*, *septembre* 1885). — Exstirpation der Blasentumo-

REN VON DER SCHEIDE par **Schlegtendal** (*Wien med. Blätter*, 3 *septembre* 1885). — EXSTIRPATION DER BLASENTUMOREN, par **Geza von Antal** (*Wien. med. Wochens.*, 3 *octobre* 1885). — ENDOSCOPIE FÜR DIAGNOSE UND EXSTIRPATION DER BLASENPOLYPEN, par **Grünfeld** (*Wien. med. Presse, n°* 38, 1885). — PAP LLOM DER HARNBLASE ; PERINEALSCHNITT ; HEILUNG, par **Trzebicky** (*Wien. med. Presse, n°* 42, 1885). — EXSTIRPATION EINES CARCINOMS DURCH DIE HARHRÖHRE BEI FRAUEN, **par le même** (*Ibidem, n°* 44, 1885). — DE LA CYSTOTOMIE HYPOGASTRIQUE, **par Hallé** (*Ann. des mal. des org. gén. urin., novembre* 1885). — TUMEURS DE LA VESSIE, **par R. Jamin** (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. XXXIX*, 1886). — SUPRAPUBIC OPERATION OF OPENING THE BLADDER FOR THE STONE AND FOR TUMOURS, **par H. Thompson** (*Londres*, 1886). — UEBER HARNBLASENGESCHWÜLSTE UND DEREN BEHANDLUNG, **par E. Küster** (*Samml. klin. Vorträge v. Volkmann*, 9 *mars* 1886). — CAPACITÉ ET TENSION DE LA VESSIE, **par Duchastelet** (*Th. doct. Paris, juillet* 1886). — EXPULSION SPONTANÉE D'UNE TUMEUR DE LA VESSIE PAR UNE BOUTONNIÈRE PÉRINÉALE (CAS DE HORTELOUP), **par Bruhl** (*Progr. médic.*, 18 *septembre* 1886). — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA VESSIE, **par F. Guyon** (2e *congrès de Chirurgie de Paris*, 22 *octobre* 1886). — EXTIRPATION D'UN NÉOPLASME DE LA VESSIE PAR LA VOIE HYPOGASTRIQUE, **par E. Desnos** (*Ibid., même séance*). — LEÇONS SUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE, **par F. Guyon** (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1886).

L'ablation des tumeurs vésicales, en tant qu'intervention méthodique et régulière, est de date toute récente. En effet, on n'ose vraiment accorder cette qualification aux quelques opérations de ce genre pratiquées au XVIIe et au XVIIIe siècle, et qui ne reposaient souvent que sur une erreur de diagnostic. On sait que, croyant à la présence d'un calcul, un certain nombre d'anciens lithotomistes rencontrèrent un néoplasme au cours d'une taille périnéale, l'enlevèrent par excision ou par arrachement, et obtinrent ainsi quelquefois la guérison du patient.

A part le cas célèbre de Covillard (de Lyon) en 1639, les premières interventions entreprises en connaissance de cause ne remontent pas au delà du premier tiers du siècle actuel, et sont dues à Civiale, Vaché, Leroy (d'Etiolles), Hermann Maas, etc., qui écrasaient et extrayaient la tumeur à l'aide d'un petit lithotriteur ou d'un trilabe porte-fil spécial, introduits et manœuvrant par l'urètre. C'était là une méthode aveugle et dangereuse ainsi que le démontrèrent plusieurs catastrophes.

Aussi, jusqu'à ces dernières années, instruit par cette triste expérience, le chirurgien, qui n'hésitait pas cependant à enlever des cancers du sein, de la langue, voire même du rectum, en était réduit à assister en spectateur à peu près impuissant à l'évolution d'un néoplasme vésical. Se bornant à une thérapeutique presque exclusivement médicale, il devait se contenter d'atténuer, quelquefois seulement et dans une limite très restreinte, les douleurs, les hématuries, les phénomènes de rétention et de cystite, sans oser chercher à entraver le développement croissant de la tumeur en s'attaquant directement à cette dernière. Aujourd'hui, on soulage presque toujours le malade ; souvent on lui procure une survie plus ou moins prolongée ; parfois même on le guérit complètement, grâce à l'extirpation radicale de la production morbide.

Si, dans cette véritable révolution chirurgicale, les perfectionnements de la technique opératoire ont une part très considérable, il est juste de

reconnaître que l'étude plus approfondie des tumeurs vésicales au point de vue clinique, bien plus encore certainement qu'au point de vue anatomo-pathologique, a largement aussi contribué à enhardir les chirurgiens, en modifiant leurs opinions à ce sujet. Nous croyons donc nécessaire de rechercher et d'interpréter, dans un premier chapitre, les divers moyens de diagnostic, permettant aujourd'hui d'affirmer presque à coup sûr l'existence d'un néoplasme dans le réservoir urinaire. Un deuxième chapitre sera consacré aux indications et aux contre-indications de l'intervention ; enfin, dans un troisième, nous comparerons les différents procédés opératoires actuellement dirigés contre les tumeurs de la vessie.

I. — *Diagnostic.*

Il semble que, suivant leur nationalité, les chirurgiens des trois pays qui marchent sans conteste à la tête du progrès en ce qui concerne la chirurgie des voies urinaires aient adopté une méthode de diagnostic différente pour les néoplasmes vésicaux, sans toutefois que cette distinction soit exclusive et absolue. En Angleterre, on admet la nécessité d'une opération préliminaire, à l'aide de laquelle le doigt, introduit dans la vessie, va reconnaître et toucher la masse morbide. En Allemagne, ou plus exactement à Vienne, on a recours à une intervention instrumentale, qui permet de voir la tumeur par l'urètre, grâce à un éclairage artificiel intra-vésical. En France, tout en s'aidant des procédés d'examen classiques (toucher rectal ou vaginal, palper hypogastrique, exploration de la vessie par la sonde, etc.), on accorde une importance prédominante aux renseignements cliniques fournis par l'interprétation des signes et symptômes et par la marche de la maladie. Delà, trois écoles, dont nous allons passer en revue successivement les tendances et la manière de procéder au diagnostic d'une tumeur de la vessie.

École anglaise. — Son représentant le plus éminent est sir Henry Thompson : c'est à lui qu'est dû le procédé qu'il a appelé *exploration digitale de la vessie.*

Chez la femme, grâce à la brièveté et à la dilatabilité de l'urètre, le doigt du chirurgien pénètre sans difficulté et presque sans danger dans le réservoir vésical, dont il peut explorer à l'aise toute la surface interne et constater les divers états pathologiques appréciables au toucher. En raison des différences anatomiques, cette exploration n'est possible chez l'homme qu'au travers d'une ouverture artificielle. Or, se trouvant en novembre 1880 en présence d'un cas difficile (il s'agissait en réalité d'une petite tumeur vésicale encroûtée de phosphates, mais qu'on supposait être un calcul enchâtonné), Thompson eut l'idée, pour éclairer son diagnostic, d'inciser d'abord l'urètre dans sa traversée périnéale. Il pratiqua cette variété d'urétrotomie externe à laquelle les chirurgiens français du XVIIe siècle (Tolet, Petit, Colot, Ledran) ont donné le nom de *boutonnière*. Par cette petite incision urétrale, il introduisit l'index, qu'il poussa jusque dans la vessie en franchissant la prostate et le col. L'autre main, appuyant sur la région hypogastrique, amena au contact du doigt explorateur tous les points de l'organe que ce doigt n'aurait pu at-

teindre, les muscles abdominaux étant d'ailleurs, pendant ce temps, relâchés par la résolution anesthésique.

Ce mode d'exploration digitale fut bientôt appliqué par son auteur à toutes les affections vésicales d'un diagnostic difficile, aux *cas obscurs*, comme il les appelle. Les tumeurs de la vessie rentrent incontestablement dans cette catégorie, vu l'habituelle insuffisance de renseignements fournis par leurs signes physiques, et si l'on n'a pas soin d'analyser minutieusement toutes les particularités de chaque symptôme depuis le début de la maladie. Actuellement, Thompson a répété cette opération près d'une centaine de fois et un certain nombre de chirurgiens anglais l'ont suivi dans cette voie. Dès que les constatations obtenues par le toucher digital leur paraissent probantes, ils procèdent, au travers de la boutonnière, à l'ablation plus ou moins complète du néoplasme, si elle est jugée possible et utile, ou bien ils se contentent d'enlever quelques fragments du tissu morbide, lesquels, portés sous le microscope, servent à déterminer la nature de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, l'exploration digitale de la vessie a été expérimentée en France, comme en d'autres pays, mais elle ne semble pas avoir été adoptée d'une manière générale, et cela pour plusieurs raisons.

D'abord, il n'est pas dans les habitudes chirurgicales françaises de pratiquer des opérations purement exploratrices, surtout quand elles nécessitent la création de voies artificielles. Comme le fait remarquer Pousson, dans sa thèse, on n'a recours, chez nous, à la dilatation des conduits naturels et à l'incision que pour confirmer un diagnostic déjà très probable, et lorsqu'on est presque certain que cette intervention préliminaire contribuera à l'amélioration, sinon à la guérison complète, de l'affection préalablement diagnostiquée. S'il est vrai qu'en Angleterre on utilise ensuite la boutonnière périnéale pour l'exérèse, par contre, quelle a été la nécessité ou l'utilité de l'incision exploratrice dans les cas nombreux où le doigt n'a pas rencontré de tumeur ?

En outre, il a été reconnu même par des chirurgiens d'outre-Manche, partisans déclarés de l'opération de Thompson, Whitehead (de Manchester) et Pollard notamment, que celle-ci ne pouvait recevoir une exécution parfaite dans trois conditions, qui sont : 1° l'embonpoint du malade ; 2° l'hypertrophie de sa prostate ; 3° l'étroitesse de son bassin. Des expériences cadavériques de Pousson ont en effet péremptoirement démontré, en 1884, que les manœuvres d'exploration vésicale par le doigt à travers le périnée incisé, faciles chez les sujets jeunes et maigres, deviennent très difficiles sur les cadavres d'âge moyen et un peu gras : l'index pénètre bien dans le réservoir urinaire, mais il ne peut se retourner dans son intérieur et ne perçoit que des sensations vagues et confuses. Chez les individus âgés et vigoureux, l'épaisseur et la résistance du périnée sont souvent telles qu'elles s'opposent même à l'introduction du doigt dans la vessie. Il n'est donc pas étonnant que Guyon en France, Heath en Angleterre, lorsqu'ils ont voulu expérimenter cette opération, n'en aient pas obtenu les résultats annoncés par son promoteur et aient été forcés d'y renoncer.

Enfin, malgré toute la douceur, la prudence et l'habileté employées pour la dilatation digitale de l'urètre prostatique et du col, le tissu plus ou moins friable de la prostate est susceptible de se déchirer ; de là résul-

tent des ruptures et des accidents souvent graves, que Thompson lui-même ne nie pas, puisqu'il les a constatés pendant la vie de plusieurs de ses opérés et deux fois à l'autopsie. Car, sur quinze des malades qu'il a explorés sans rencontrer de tumeur, deux ont succombé du fait seul de l'opération exploratrice.

La conclusion à tirer de ces faits semble être celle-ci : l'exploration digitale de la vessie est loin de réaliser dans tous les cas les conditions de facilité, d'efficacité et d'innocuité (*easy, efficiency and safety*), qui lui ont été attribuées au delà du détroit. Mais, la principale raison du discrédit qui l'a généralement frappée sur le continent, c'est qu'on ne la juge pas indispensable et qu'on peut, sans elle, diagnostiquer un néoplasme de la vessie.

École allemande ou plutôt *viennoise*. — Ici, ce n'est plus le diagnostic post-opératoire des Anglais ; ce n'est pas encore le diagnostic clinique des chirurgiens français : c'est le diagnostic instrumental. A Vienne, on ne cherche pas à toucher, ni à deviner la tumeur vésicale ; on veut la voir.

C'est dans ce but que Dittel a fait construire par Leiter un instrument dit *cystoscope électrique*, dont il obtient, dit-il, des résultats bien supérieurs à ceux fournis par l'incision périnéale et l'exploration digitale de Thompson. Cet instrument, sorte d'endoscope perfectionné et pourvu d'un foyer de lumière électrique intra-vésical, possède un champ visuel de 15 centimètres ; aussi permet-il, d'après son auteur, d'embrasser une tumeur dans tout son ensemble et toutes ses particularités, et de voir facilement toutes les régions de la vessie, non seulement les parois latérales et postérieures, mais aussi la paroi antérieure, le bas-fond, le trigone et même le col et sa périphérie. Il va sans dire qu'une certaine habitude est nécessaire pour employer avantageusement le cystoscope : ainsi, lorsqu'on éloigne l'instrument, l'étendue du champ visuel augmente, mais les détails deviennent moins nets et réciproquement.

D'autres chirurgiens viennois rejettent l'appareil de Leiter, auquel ils reprochent d'être trop compliqué et de nécessiter, pour être mis en marche, l'assistance d'un mécanicien. Aussi, Grünfeld ne se sert que de son endoscope simple, qui présente, suivant lui, le double avantage de permettre : 1° l'opération immédiatement après l'introduction, par exemple, d'enlever un polype comme il l'a fait et de supprimer ainsi instantanément la cause d'hématuries rebelles ; 2° l'examen de l'urètre, impossible avec le cystoscope. Par contre, l'endoscope de Grünfeld ne possède qu'un champ visuel assez restreint et oblige à des manœuvres considérables pour arriver à explorer successivement toute la surface interne de la vessie ; en tout cas, il ne laisse apercevoir à la fois qu'une très faible portion de la tumeur.

Il semblerait, au premier abord, que ces méthodes endoscopiques, grâce auxquelles on distingue le néoplasme dans tous ses détails, sans opération sanglante préalable et par une intervention instrumentale plus ou moins simple, réalisent en pareil cas l'idéal des moyens de diagnostic. Il n'en est rien cependant. Dittel avoue avoir commis lui-même une fois une grave erreur de diagnostic en se servant de son appareil. En outre, si une hémorragie très légère n'empêche pas l'emploi de l'endoscope, il devient au contraire absolument impossible d'éclairer le réservoir vésical, quand cette hémorragie est un peu abondante. Et l'on sait si

une vessie qui renferme une tumeur saigne facilement, même sous l'influence de la simple introduction d'une sonde exploratrice, délicatement et prudemment maniée. C'est d'ailleurs souvent à la suite d'une intervention instrumentale quelconque qu'éclate pour la première fois chez les néoplasiques la cystite, alors qu'elle ne s'était pas encore manifestée jusque-là.

Dangereux, difficile à appliquer et forcément incomplet, quoi qu'en disent ses partisans, ce mode d'investigation si préconisé à Vienne s'est peu répandu dans le reste de l'Allemagne. Plusieurs chirurgiens allemands, Volkmann, Bergmann et même Küster, naguère encore, ont condamné la litholapaxie « comme un reste de l'ancienne chirurgie qui craignait l'instrument tranchant ! » et ils ont affirmé violemment leurs préférences pour la taille, qui permet, disent-ils, de *voir* si l'on n'a oublié dans la vessie aucun fragment calculeux. Or, par une singulière contradiction, ces mêmes chirurgiens ne semblent pas avoir adopté les procédés viennois, grâce auxquels cependant ils auraient pu *voir* la tumeur vésicale.

Nous nous contenterons de signaler, sans oser l'apprécier, la manœuvre à laquelle s'est livré plusieurs fois un des chirurgiens allemands précités. Lorsqu'il soupçonne la présence d'un néoplasme en un point de la vessie (?), Küster se sert d'une sonde, pourvue d'un œil largement ouvert et à bords tranchants, qu'il appelle sonde-cuiller; avec cet instrument, introduit par l'urètre et dirigé vers le point d'implantation présumé de la production morbide, il détache et retire quelques petits fragments de la tumeur, lesquels, examinés au microscope, éclairent le diagnostic. Malgré les assertions de son auteur relativement à l'innocuité d'un pareil procédé, d'autres chirurgiens berlinois, tels que Sonnenburg et Fürstenheim, ont cru devoir s'élever hautement contre une semblable pratique.

En somme, à Vienne, on accorde généralement la préférence au diagnostic instrumental (cystoscope, endoscope); à Berlin et dans le reste de l'Allemagne, on est plus éclectique. Ainsi, dans un travail récent, Küster, sans tenir compte de son procédé de la sonde-cuiller sus-indiqué, reconnaît que parfois le diagnostic peut être posé sans exploration spéciale, et seulement grâce à la nature, au mode d'apparition et à l'enchaînement des symptômes et des signes cliniques. Néanmoins, d'après cet auteur, pour obtenir la précision et la certitude, il faut pratiquer le toucher rectal ou vaginal, la palpation bi-manuelle, l'exploration interne de la vessie avec les instruments ou mieux avec le doigt introduit soit sur l'urètre dilaté, soit par le périnée incisé, suivant le sexe du malade.

École française. — Laissant de côté les instruments viennois, Guyon et ses élèves se sont attachés, pendant ces dernières années, à démontrer que l'opération préliminaire de Thompson est au moins inutile pour le diagnostic dans la plupart des cas. Il est certain que théoriquement le toucher direct, comme la vue d'ailleurs, devrait fournir des données absolument affirmatives au point de vue, non seulement de l'existence, mais aussi du siège, de la forme, du volume et des connexions de la tumeur vésicale. Quand de la théorie on passe à la pratique, on s'aperçoit que la valeur de ces deux modes d'investigation se trouve considé-

rablement amoindrie, sinon annihilée. Tout d'abord, l'exploration de la vessie par le doigt chez l'homme, telle qu'on l'exécute en Angleterre, est loin d'être exempte de dangers, comme nous l'avons montré; ensuite, reconnue complètement impossible chez certains sujets, elle ne renseigne que fort insuffisamment dans d'autres cas. Pourquoi alors exposer un malade à un risque opératoire quelconque quand on n'est même pas sûr de pouvoir introduire l'index jusque dans la vessie, ou, s'il y pénètre, explorer et toucher à l'aise chaque point de la muqueuse vésicale. Quant à la prétention de se servir ensuite de l'incision urétrale pour les manœuvres d'ablation du néoplasme, elle est également controversée : nous verrons en effet, en abordant la question du traitement, qu'aujourd'hui la voie hypogastrique est généralement préférée à la voie périnéale.

En France, on admet avec Guyon que le diagnostic des tumeurs vésicales est la plupart du temps possible à l'aide des seules ressources de la clinique, dont il semble ne pas avoir été assez tenu compte jusqu'à présent dans les autres pays. Pour contrôler cette opinion, mais sans entrer toutefois dans un exposé complet de la symptomatologie, qui sortirait du cadre de cette étude, il est indispensable, croyons-nous, de résumer ici l'ensemble des symptômes fonctionnels et des signes physiques dont l'interprétation suffit aujourd'hui aux chirurgiens français pour affirmer presque à coup sûr l'existence d'un néoplasme dans la vessie.

Les symptômes fonctionnels sont même suffisamment significatifs dans bien des cas pour permettre d'établir l'extrême probabilité du diagnostic, l'examen direct venant ensuite apporter son contingent de renseignements sur les conditions qui imposent, motivent ou défendent une intervention chirurgicale soit curative, soit simplement palliative.

Il est tout à fait exceptionnel que ces symptômes soient nuls ou peu marqués : l'un d'eux, qui domine toute l'histoire des néoplasmes vésicaux, est l'*hématurie*. Mais, sa valeur séméiologique, tout à fait capitale, réside beaucoup plus dans son mode d'apparition et dans la manière dont elle s'effectue que dans la nature du sang épanché, comme on le croyait autrefois.

Presque toujours, l'hématurie est le premier et, parfois pendant un temps plus ou moins long, le seul symptôme observé : son apparition tardive ou consécutive à d'autres phénomènes est plus que rare. Elle survient le plus souvent spontanément et sans cause provocatrice, telle que la marche et le mouvement : ne s'accompagnant d'aucune douleur, elle se produit même quelquefois pendant la nuit ou après le repos au lit. Celui-ci n'exerce d'ailleurs sur elle aucune modification sédative, et semblerait plutôt l'augmenter dans certains cas, par suite de la congestion vésicale déterminée par le décubitus. Puis, après une durée variable, elle cesse brusquement, spontanément, comme elle était apparue, sans avoir été influencée par une thérapeutique quelconque. La disparition du sang est d'ordinaire presque instantanée : à la miction précédente, le malade avait encore rendu une urine fortement teintée en rouge ou en brun, lorsque tout à coup celle-ci redevient claire et limpide, sans traces de pus ni de mucosités.

Les périodes hématuriques sont en général de plus en plus prolon-

gées, et, au lieu de durer quelques jours, se continuent sans interruption pendant des semaines et des mois; par contre, les intervalles qui les séparent, et pendant lesquels les mictions ne sont pas sanglantes, tendent progressivement à se raccourcir. En outre, à mesure que le néoplasme se développe et que la cystite chronique s'installe, l'urine ne recouvre plus sa limpidité parfaite entre les poussées hémorragiques : elle demeure au contraire trouble, épaisse, boueuse et nauséabonde.

Dans une même miction, l'urine est parfois également sanguinolente au commencement et à la fin; mais, plus souvent, elle se fonce en couleur au moment de l'expulsion des dernières gouttes, ce dont il est facile de se rendre compte en faisant uriner le malade en deux ou trois verres. Ce fait est à noter, car il prouve que l'hémorragie est vésicale : il s'explique non seulement par la contraction finale de la vessie qui presse sur le néoplasme et l'exprime pour ainsi dire, mais encore par la diminution de pression intra-vésicale, qui favorise l'exhalation sanguine au travers des capillaires de la tumeur et de la muqueuse.

La quantité de sang ainsi perdue n'a aucune valeur sérieuse au point de vue du diagnostic : c'est elle qui, suivant sa plus ou moins grande abondance, donne au liquide la teinte vineuse, brique ou marc de café. En tout cas, elle est toujours considérable, car il faut remarquer que l'hémorragie se renouvelle à chaque miction. Par conséquent, si au début les malades parviennent dans les périodes intercalaires à réparer en partie la déperdition sanguine, peu à peu la subintrance des crises hématuriques ne leur en laisse plus le temps, et bientôt l'anémie extrême et la cachexie les conduisent au dénouement fatal.

C'est quand l'hémorragie est abondante que le sang, au lieu de se mélanger intimement à l'urine, se prend en caillots de formes et de dimensions variables. Quelquefois, ceux-ci sont tellement nombreux et volumineux qu'ils distendent la vessie, oblitèrent le méat interne, et, malgré les plus violents efforts du patient, ne parviennent pas à être expulsés, déterminant ainsi une rétention complète. L'aspiration avec la seringue devient alors nécessaire. Le plus souvent, le malade rejette laborieusement et au prix de vives douleurs ces caillots accumulés. Tantôt rouges ou noirâtres, tantôt fibrineux et décolorés, ils doivent toujours être examinés au microscope, de façon à les distinguer des débris de tumeur que l'on court la chance de rencontrer parfois au milieu d'eux.

Quelle que soit la coloration du sang rejeté, qu'il soit mélangé à l'urine ou coagulé en caillots d'aspects variés, l'examen à l'œil nu est insuffisant. Au contraire, l'analyse micrographique peut, dans certains cas, fournir des renseignements utiles; il serait toutefois téméraire d'en exagérer l'importance, en lui attribuant une valeur absolue, et, comme Ultzmann (de Vienne), de diagnostiquer la malignité d'une tumeur d'après la présence dans l'urine de cristaux d'hématoïdine et d'oxalate de chaux, indices certains, d'après cet auteur, de l'existence d'un tissu nécrosé dans la vessie. Mais, en ce qui concerne la recherche des parcelles néoplasiques expulsées dans le jet d'urine, le microscope rend des services incontestables. C'est lui, nous l'avons vu, qui les différencie des caillots sanguins, composés exclusivement de fibrine et non de cellules. A la simple inspection, la confusion serait en effet facile, car des fragments de tumeur rendus par l'urètre ont parfois des dimensions relativement

énormes ; l'un deux, dans un cas de Volkmann, atteignait presque la grosseur du pouce. Mais, alors même que l'œil n'aperçoit rien, il faut néanmoins répéter plusieurs fois l'examen microscopique, pendant la durée et en dehors des périodes hématuriques, et surtout avec le dépôt laissé au fond d'un verre cônique à expériences par l'urine abandonnée quelque temps à elle-même. Thompson, Volkmann, Guyon ont établi de cette façon des diagnostics que les événements ultérieurs ont confirmés.

On voit donc toute l'importance qu'il convient d'attacher à la recherche et à la découverte de ces fragments, parcelles ou même cellules de tumeurs vésicales, puisque le chirurgien a ainsi le corps du délit sous les yeux. Peut-être quelques restrictions devraient-elles être admises, touchant non pas la présence, mais la nature exacte du néoplasme. Ainsi, il n'est pas très rare de voir des franges et des villosités, analogues à celles des simples papillomes, se développer à la surface d'une tumeur maligne (cancer villeux des auteurs). Donc, si l'on trouve dans l'urine un de ces filaments, il ne faudrait pas se hâter de conclure d'une façon absolue à la nature bénigne de la production morbide, en se basant sur ce seul fait.

Quoi qu'il en soit, il est de règle de toujours rechercher ces débris, qui permettent au moins d'affirmer l'existence d'une tumeur vésicale, sinon d'en préciser la variété anatomique. Cependant, il est plus prudent de s'en rapporter seulement au hasard pour les recueillir dans l'urine expulsée soit naturellement, soit par la sonde, et de ne pas se livrer, pour les obtenir, à une série de manœuvres intra-vésicales toujours dangereuses, exposant souvent le malade à une hémorragie grave et à une cystite intense tout au moins. Ainsi, nous avons déjà parlé, pour le condamner, du procédé de la sonde-cuiller de Küster. Thompson emploie les grands lavages de la vessie à la seringue, dans l'espoir d'entraîner au dehors avec l'eau tiède quelque parcelle typique ; ou bien, il se sert de l'aspirateur usité aujourd'hui pour la lithotritie ; ou bien encore, avec un petit lithotriteur à mors plats, il va saisir, arracher et ramener par l'urètre un fragment de la masse végétante.

Cliniquement, la modalité caractéristique des hématuries et, à plus forte raison, la découverte des débris néoplasiques dans l'urine suffisent à la rigueur aux chirurgiens français pour le diagnostic de présence. Les autres syptômes fonctionnels des tumeurs vésicales, quoique moins significatifs, ne sont cependant point à dédaigner ; malheureusement ils n'apparaissent d'ordinaire qu'à une période déjà avancée de la maladie. C'est ainsi que, d'après Guyon, la *douleur* se manifeste assez tardivement, quelle que soit la nature du néoplasme ; il l'a même vue manquer complètement dans un cas où un cancer avait été diagnostiqué pendant la vie et reconnu à l'autopsie. Et pourtant, Thompson lui accorde une haute valeur séméiologique, prétendant que, dans les tumeurs malignes, elle est précoce et s'observe avant les hématuries, contrairement à ce qui se passe pour les productions bénignes. Ce qui est incontestable, c'est que, d'une manière générale, les phénomènes douloureux sont plus accentués et parfois extrêmement intenses, quand il s'agit d'un cancer : ces douleurs vésicales irradient souvent alors vers les membres inférieurs sur le trajet des nerfs sciatiques, principalement quand la prostate et le basfond sont envahis par la néoplasie.

Mais ces douleurs sont à peu près indépendantes de la miction, qui peut cependant les exagérer. Les symptômes de *cystite* (douleur finale et fréquence des mictions, purulence de l'urine, etc...) sont très rarement prématurés. Plus ordinairement, la cystite ne survient qu'à une époque relativement tardive, soit spontanément, soit à l'occasion d'un simple cathétérisme ; quand le néoplasme siège près du col, on peut cependant voir éclater de bonne heure de véritables crises cystalgiques avec accidents de rétention, d'incontinence, d'interruption du jet, etc.

Si l'interprétation des symptômes fonctionnels (hématuries et constatation de débris principalement) conduit le chirurgien à affirmer d'une manière à peu près positive qu'il existe une tumeur dans la vessie, c'est la recherche des signes physiques à l'aide du toucher digital par le rectum ou le vagin, la palpation hypogastrique et le cathétérisme explorateur avec la sonde métallique, qui fournissent des renseignements plus ou moins précis sur le siège, le volume, le mode d'implantation de la production morbide.

Le *toucher rectal* ou *vaginal* doit être pratiqué dans le décubitus dorsal et après évacuation soit naturelle, soit artificielle de la vessie. La face palmaire du doigt arrive ainsi directement au contact du bas-fond, du trigone et même de la paroi postérieure du réservoir vésical, régions qui sont le siège habituel des tumeurs. Tantôt on a la sensation d'une surface parsemée de bosselures irrégulières, de consistance inégale, et souvent étalées et diffuses. Tantôt, au contraire, on constate une sorte d'empâtement, plus ou moins limité, médian ou latéral, soit ferme et résistant, soit souple et mou. Dans la première hypothèse, le néoplasme est infiltré dans toute l'épaisseur de la paroi ; dans la seconde, il est simplement implanté sur la muqueuse, avec ou sans pédicule, et c'est lui qu'on sent à travers la paroi vésico-rectale encore indemne. Nous apprécierons plus loin toute l'importance significative de ces constatations.

Quant au *palper hypogastrique*, il est moins fertile en renseignements, excepté si la tumeur, très volumineuse et très résistante, est encore accessible, après évacuation de l'urine, à la main appliquée sur la région sus-pubienne. En tout cas, cette manœuvre doit toujours être méthodiquement combinée avec le toucher rectal ou vaginal ; la pression hypogastrique amène la vessie vidée de liquide, mais avec son contenu solide, au contact du doigt explorateur, qui possède alors un point d'appui et arrive ainsi à percevoir des sensations plus précises.

Le résultat du toucher digital, même si ce dernier est exécuté en même temps que la palpation hypogastrique, est parfois complètement négatif chez un malade dont les hématuries, entre autres symptômes, ne laissent cependant aucun doute sur l'existence d'un néoplasme. Dans ce cas, c'est que très probablement celui-ci est peu volumineux, qu'il se rattache à la paroi par un pédicule mince, enfin qu'il s'est surtout développé vers l'intérieur de la cavité vésicale, ainsi que se comportent les touffes de filaments papillomateux. Il en serait de même si l'implantation se faisait à la paroi antéro-supérieure de la vessie. Dans l'un ou l'autre de ces cas, l'ablation peut espérer être radicale, en sorte que, comme le fait remarquer Guyon, l'absence de sensation anormale recueillie par le doigt et la main plaide plutôt en faveur de l'opération.

Moins concluant est le *cathétérisme explorateur*, exécuté avec la sonde métallique dont on se sert pour la recherche des calculs, surtout lorsqu'il s'agit des villosités minces et déliées des papillomes. C'est à peine si l'instrument promené au milieu de ces houppes constate un frôlement doux (Thompson), ou semble caresser une barbe soyeuse (Guyon). D'autres fois, dès son entrée dans la vessie, le bec de la sonde subit une déviation plus ou moins appréciable ; d'un côté, il se meut facilement et est ramené sans peine au niveau du col, tandis que de l'autre on sent qu'il est gêné dans ses mouvements. Ces faits s'observent principalement quand la tumeur occupe une grande étendue de la paroi. Enfin, dans d'autres cas, la main du chirurgien perçoit de réelles sensations d'indurations et de rugosités, qu'il doit toutefois se garder de confondre avec les ressauts qu'on éprouve en accrochant des colonnes vésicales (Bazy).

Il s'en faut que la sonde métallique donne toujours des indications aussi nettes ; dans certaines circonstances, l'exploration est à peu près impossible, ou bien elle est complètement muette. Aussi Guyon conseille-t-il, en raison de la mince valeur de ce mode d'investigation, d'y recourir seulement pour contrôler les autres moyens de diagnostic, et toujours en dehors des périodes hématuriques. Il va sans dire que les manœuvres intra-vésicales devront être conduites prudemment et délicatement ; elles seront courtes et même effectuées pendant le sommeil chloroformique si la vessie est très irritable. Car, chez les néoplasiques, c'est souvent à la suite de l'introduction d'un instrument qu'on voit éclater pour la première fois la cystite ou se produire des hémorragies abondantes et prolongées. Si donc les autres symptômes et signes sont suffisamment démonstratifs, le cathétérisme explorateur est presque inutile.

En résumant cet exposé clinique, il est permis de conclure que c'est seulement avec les affections hématuriques qu'il convient d'établir le diagnostic différentiel.

Tout d'abord il est nécessaire de rechercher et de reconnaître si l'origine de l'hémorragie est vésicale ou rénale. Or, les néoplasmes des reins donnent lieu à des hématuries ordinairemeut peu prolongées, mais séparées par de longs intervalles. En outre, le passage du sang dans l'uretère provoque généralement des douleurs lombaires, rappelant plus ou moins les coliques néphrétiques. Quand à la forme lombricoïde des caillots rejetés avec l'urine, elle donne une probabilité et non une certitude, en faveur de l'origine rénale. Mais, ici, la découverte de certains signes physiques acquiert une importance considérable. C'est ainsi que l'augmentation de volume du rein ne laisse à peu près aucun doute ; on doit donc toujours explorer avec soin les deux régions lombaires par la palpation bi-manuelle, et l'on se servira avec grand avantage à cet égard de ce procédé particulier de *palper par ballottement,* imaginé dernièrement par Guyon. Ce même chirurgien a d'ailleurs insisté également sur la haute signification d'un varicocèle symptomatique d'origine récente.

La vessie est, au contraire, la source incontestable de l'hémorragie, quand la teinte de l'urine sanglante se fonce notablement vers la fin de la miction, comme dans les *cystites*. Celles-ci, du reste, se manifestent par d'autres signes, qui ne laissent pas confondre leurs hématuries avec celles des néoplasmes vésicaux. — L'origine d'une cystite *blennorra-*

gique est presque toujours facile à élucider ; de plus, une thérapeutique appropriée modifie, et même supprime rapidement la sanguinolence des urines. — Dans la cystite *tuberculeuse*, la fréquence des mictions précède souvent, ou au moins accompagne, l'apparition du sang ; ce dernier n'est guère rendu qu'en petite quantité, laquelle diminue parfois en raison inverse des progrès de l'affection. Ensuite, la constatation du bacille de Koch, lorsqu'elle peut être faite, enlève toute hésitation. — La cystite des *prostatiques* et des *rétrécis*, qui, dans quelques cas, est plus ou moins hémorragique, se produit sous l'influence de lésions manifestes de l'urètre et de la prostate. — Quant aux *varices du col*, elles sont tellement exceptionnelles qu'il n'y a guère lieu d'en tenir compte pour le diagnostic. — Enfin, les hématuries des *calculeux*, contrairement à celles des néoplasiques, sont essentiellement occasionnelles, en ce sens que, naissant toujours à la suite d'une fatigue ou d'une marche, elles se calment et disparaissent par le repos au lit.

On remarquera que, jusqu'à présent, le diagnostic s'est borné à une seule question : « Y a-t-il tumeur de la vessie ? » La nature du néoplasme, son siège, ses connexions avec la paroi ont été à peu près laissés de côté : il est temps d'aborder ces différents points.

En ce qui concerne la nature bénigne ou maligne de la production morbide, les données acquises par l'examen clinique sont ordinairement trop peu concluantes pour permettre de se prononcer affirmativement dans un sens ou dans l'autre. Si la sensation de bosselures et d'épaississement, perçue par le toucher rectal, décèle le plus souvent l'infiltration de la paroi vésicale par des éléments cancéreux ou épithéliomateux, si, d'autre part, la négation des signes physiques plaide plutôt en faveur de la nature papillomateuse et par conséquent de la bénignité du néoplasme, là s'arrêtent les renseignements cliniques. — L'hématurie, la douleur, nous l'avons dit, n'ont à peu près aucune signification à cet égard. — Il en est de même de la marche de l'affection : on a vu des malades, porteurs d'une tumeur reconnue ultérieurement maligne après l'ablation, venir consulter, pour la première fois, plus de dix ans après le début de leurs hématuries. Par contre, les pertes de sang, continuelles et abondantes, dues à un simple papillome, peuvent amener en quelques mois celui qui en est atteint à un état d'anémie excessivement grave. — Les parcelles, rencontrées dans l'urine et examinées au microscope, ne donnent même pas une certitude absolue, puisque Clado a récemment démontré que la coupe d'une tumeur vésicale n'offre pas toujours la même structure au centre qu'à la périphérie.

En somme, c'est seulement quand l'extirpation a été pratiquée, et qu'on a pu se livrer à une analyse histologique minutieuse et complète, qu'on est autorisé à se prononcer, d'une manière définitive, sur la nature de la néoplasie. Cette donnée importe peu d'ailleurs au chirurgien, si ce n'est au point de vue du pronostic.

Autrement intéressante est la notion des connexions avec la paroi. Relativement au siège, les statistiques de Féré, de Stein, de Pousson s'accordent pour montrer la prédominance manifeste des tumeurs sur le bas-fond, le trigone et la paroi postérieure de la vessie. Viendraient ensuite le col, puis les parois latérale et antérieure, qui, ainsi que le sommet, sont rarement envahies. Cette topographie, qui rend plus facile,

il est vrai, l'exploration par le toucher rectal, est, par contre, éminemment défavorable au point de vue opératoire ; en effet, les régions le plus souvent atteintes sont précisément celles qui ne sont pas susceptibles, à cause du péritoine et surtout des uretères, d'une résection totale, comme le serait, par exemple, la paroi antérieure.

Quant au mode d'implantation, il diffère suivant la nature de la tumeur. Les néoplasmes malins sont toujours plus ou moins infiltrés dans l'épaisseur de la paroi vésicale, et il y a lieu de tenir compte, ainsi que le fait remarquer Guyon, non seulement de l'infiltration apparente au doigt et à l'œil, mais aussi de l'infiltration larvée, qui n'est malheureusement appréciable qu'au microscope. Ceux de nature bénigne, au contraire, parfois sessiles, ont en général une tendance marquée à la pédiculisation, tendance qu'affecte aussi, d'ailleurs par exception, l'épithélioma. En tout cas, les simples papillomes ne dépassent jamais, en profondeur, la tunique muqueuse. On saisit, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, toute l'importance de ces particularités anatomo-pathologiques, qui, parfois reconnues pendant l'examen clinique pré-opératoire, ne sont même pas toujours exactement précisées par le doigt introduit dans la vessie ouverte au moment de l'opération, soit par l'hypogastre, soit surtout par le périnée.

II. — *Indications et contre-indications opératoires.*

Comme toute question chirurgicale de date récente, celle de l'intervention opératoire dirigée contre les néoplasmes de la vessie est loin d'être élucidée. Lorsqu'en 1883, elle fut soulevée à la Société de chirurgie à la suite de la communication de Bazy, le professeur Verneuil formulait ainsi son opinion : « Quand un malade est atteint de tumeur vésicale, ouvrez sa vessie : voilà le but principal. Si, au cours de l'opération, vous trouvez que sa tumeur est extirpable, extirpez-la ; mais, dans le cas contraire, contentez-vous de la simple cystotomie... » Il y a là peut-être plus et mieux à faire.

Après avoir introduit le doigt dans la vessie par la boutonnière périnéale, et après avoir ainsi reconnu les caractères physiques de la tumeur, Thompson semble s'en rapporter exclusivement à la forme du néoplasme pour décider de l'ablation. S'il y a un pédicule, mince ou gros, il extirpe la production morbide. Si, sans crainte de perforer la paroi vésicale, il croit pouvoir retrancher des portions notables de la masse, il les enlève. Si, enfin, la substance néoplasique est dure et ne présente à sa surface aucune partie formant une saillie appréciable, caractères qu'on trouve habituellement associés, dit-il, il s'abstient, après avoir toutefois essayé de détacher avec l'ongle un petit fragment destiné à être soumis à l'examen micrographique. Il est difficile, dans ces conditions, d'espérer une ablation radicale. Malgré l'habileté du chirurgien, les instruments, même guidés par le doigt, agissent ainsi à l'aveugle; et les manœuvres sont presque toujours incomplètes et plus ou moins gênées, en raison de la longueur et de l'étroitesse de la voie que leur offre le conduit périnéo-urétro-prostatique, créé par l'opération de Thompson.

S'appuyant de préférence sur les faits qu'il a observés personnellement et sur les résultats qu'il a obtenus dans sa pratique, le professeur

Guyon regarde la guérison définitive comme très rare et la récidive comme la règle habituelle après l'extirpation d'une tumeur vésicale, surtout si cette dernière est de nature maligne. Et il explique ces récidives par l'extrême diffusion des lésions qui sont toujours beaucoup plus étendues que ne le laissaient supposer l'exploration clinique et même le toucher et la vue au moment de l'opération. En raison de cette infiltration larvée, la résection complète de la paroi, la plupart du temps impossible d'ailleurs à cause du siège de la tumeur ne mettrait pas à l'abri d'une repullulation, d'après ce chirurgien : aussi ne croit-il guère à l'efficacité de l'intervention précoce. Suivant lui, on ne risque rien en attendant. Car, si la tumeur est bénigne, on est sûr que, tout en se développant vers la cavité vésicale, elle restera limitée à la couche muqueuse et n'atteindra jamais la musculeuse. Par suite, son extirpation sera aussi facile et pourra être aussi complète le jour où l'on aura été conduit à opérer. Si au contraire le néoplasme est de nature maligne, l'opération, hâtive ou retardée, ne sera jamais que palliative ; il vaut donc mieux la réserver pour combattre les accidents lorsqu'ils se présenteront.

Jusqu'à présent le chirurgien de l'hôpital Necker ne s'est décidé à intervenir chirurgicalement que sous la pression d'un danger imminent, compromettant gravement la santé ou la vie du malade; et ce danger résulte tantôt de l'exagération d'un symptôme, tantôt de l'apparition d'une complication. C'est ainsi que l'hématurie, par son abondance et surtout par sa persistance, ne tarde pas, dans certains cas, à conduire le patient à un état d'anémiation extrême, qui met ses jours en danger dans un délai rapproché. De même la douleur est parfois intolérable et le malade réclame à grands cris une opération. Dans l'un et l'autre cas, alors même qu'elle n'a que des prétentions purement palliatives, l'intervention est suivie d'un résultat aussi remarquable qu'immédiat : la cystotomie suspend en effet à la fois et la douleur et l'hémorragie, puisque la vessie ouverte, transformée de réservoir contractile en simple conduit inerte, ne peut plus souffrir ni saigner. Quant aux complications (cystite, rétention d'urine, etc.), elles disparaissent également avec l'incision de la vessie ; mais alors celle-ci doit être maintenue béante sous peine de voir se reproduire tous les accidents que l'on cherche à combattre.

En définitive, pour Guyon, ce n'est pas la nature du néoplasme qu'il convient de prendre pour guide des indications opératoires : on ne la connaît jamais d'une manière précise avant l'ablation. Ce ne sont pas davantage ni la marche ni la durée de l'affection qui l'une et l'autre pourraient induire en erreur. Le chirurgien n'a qu'une incertitude : c'est celle de l'existence de la tumeur; or, celle-ci, même bien démontrée, ne suffit pas pour créer la nécessité d'opérer. Seule, la considération des troubles fonctionnels, c'est-à-dire de certains symptômes ou des complications, fournit à l'intervention son indication la plus formelle.

Cette façon d'envisager la chirurgie des tumeurs vésicales est empreinte d'une prudente réserve et possède l'incontestable mérite de s'appuyer sur les données concluantes de la pratique. Néanmoins, il faut bien considérer que l'opération en elle-même, quelle qu'elle soit, ne présente pas une gravité exceptionnelle. Sur quinze opérés de Guyon par la voie hypogastrique, trois seulement ont succombé aux suites immédiates de l'acte chirurgical. L'ablation par la boutonnière périnéale a donné à

Thompson à peu près la même mortalité proportionnelle. Et si nous citons ici comme ailleurs, dans le cours de cette étude, les statitisques de ces deux chirurgiens, c'est que leur autorité s'impose, étant donné le nombre des néoplasmes vésicaux qu'ils ont déjà enlevés l'un et l'autre pendant ces dernières années, quoique par des procédés différents.

La gravité de l'opération n'est donc pas un argument à invoquer contre la précocité de l'intervention. Sans se prononcer catégoriquement sur cette précocité, Thompson l'adopte cependant en pratique. Car lorsqu'il soupçonne une tumeur, il introduit toujours dans la vessie le doigt d'abord, puis les instruments d'exérèse qui extirpent alors tout ce qui est susceptible d'ablation. Guyon, au contraire, ne se servant pas de l'exploration digitale des Anglais, base sa temporisation sur les considérations que nous avons développées plus haut.

Et pourtant c'est seulement en intervenant de bonne heure qu'on aurait l'espoir de pratiquer une extirpation complète, et, par suite, d'obtenir une guérison radicale. Mais, dira-t-on, il n'est possible d'opérer les malades que lorsqu'ils se présentent et souvent, quand ils viennent consulter pour la première fois, leur néoplasme est déjà plus ou moins âgé. En outre, bon nombre d'entre eux n'accepteront pas d'emblée une opération sérieuse qui n'est pas en mesure d'assurer une cure définitive, d'autant plus qu'au début ils ne souffrent pas.

Ce sont là des objections qui n'infirment en rien, croyons-nous, la valeur absolue de l'intervention précoce. On pourra en effet rencontrer des individus dont la vessie renferme une tumeur d'âge relativement peu avancé et qui se laisseront facilement convaincre des dangers de la temporisation. En ouvrant leur vessie, le chirurgien a d'abord la chance de trouver une production plus souvent bénigne que maligne : les statistiques le prouvent. Dans ce cas, l'ablation complète une fois exécutée, le malade est d'ordinaire guéri radicalement, sans avoir attendu qu'il fût exsangue par le fait de ses hématuries prolongées et, par conséquent, dans un état d'infériorité marquée à l'égard du traumatisme chirurgical. Le néoplasme est-il de nature maligne? Son infiltration sera certainement moins étendue et moins profonde qu'elle l'aurait été quelques mois plus tard. Peut-être les lésions sont-elles encore limitées à la tunique muqueuse, qui sera plus facile à disséquer, à réséquer, à gratter, à cautériser que toute l'épaisseur de la paroi vésicale; et alors on est ici également amené à espérer la suppression des éléments morbides. Si même l'infiltration dépasse la muqueuse, pourquoi, en agissant par l'intérieur de la cavité vésicale, c'est-à-dire de dedans en dehors, ne pas former un pli à la paroi atteinte qu'on suture d'abord et qu'on résèque ensuite? On risque ainsi de dépasser largement les limites du mal encore localisé en surface.

Si l'opération a quelques chances d'être radicale dans le cas de néoplasme de nature maligne, c'est à condition qu'elle soit aussi hâtive que possible, une fois que le diagnostic de présence est certain. Si la tumeur est bénigne, la guérison pourra toujours être obtenue, il est vrai, même en n'intervenant que plus tard, mais l'ablation précoce aura tout au moins épargné au malade des complications et des accidents ultérieurs, qu'il n'y a aucun avantage à laisser éclater.

Arrivées à une période plus avancée, les lésions de mauvaise nature

ont gagné en étendue et en profondeur. L'intervention, entreprise alors dans un but simplement palliatif, n'est justifiée que sous la pression de symptômes extrêmement sérieux et rebelles à tout traitement. Elle s'impose quand les accidents sont menaçants, et elle détermine le plus souvent ainsi, par la cystotomie et la destruction même partielle de la tumeur, une accalmie immédiate et plus ou moins prolongée, mais forcément temporaire. L'opération vise d'ailleurs principalement à la suppression fonctionnelle de la vessie, l'attaque du néoplasme étant secondaire.

Les contre-indications découlent naturellement des indications qui viennent d'être formulées, mais elles sont subordonnées au résultat qu'on cherche à obtenir.

C'est ainsi que l'intervention radicale est impossible et, par suite, contre-indiquée lorsque, le début des symptômes étant déjà ancien, l'exploration directe donne des renseignements trop significatifs, pour ainsi dire, sur l'extension des lésions : celles-ci sont très certainement encore plus étendues que le doigt, et même l'œil, permettent de le constater. En outre, il est plus que probable qu'elles sont de nature maligne. Dans un cas de ce genre, cependant, Kocher aurait obtenu la guérison définitive ; mais Küster a contesté l'exactitude du diagnostic micrographique, porté lors de cette ablation.

Quant à l'intervention palliative, qu'elle soit ou non exécutée sous la pression de symptômes menaçants, elle n'est presque jamais contre-indiquée. Il faudrait, pour y renoncer, que la faiblesse du malade fût extrême et le rendît incapable de supporter l'opération. Mais on peut toujours essayer à l'aide d'une médication énergique de relever ses forces et de le mettre en état d'être soumis, dans un avenir plus ou moins rapproché, à la cystotomie qui supprimera ses hématuries et ses douleurs. Et cet espoir ne devrait pas être abandonné quand bien même il existerait des signes manifestes de propagation et de généralisation ou de lésions rénales chroniques.

III. — Manuel opératoire.

Comme pour extraire les calculs ou autres corps étrangers du réservoir urinaire, trois voies s'offrent au chirurgien qui veut enlever une tumeur de la vessie : la voie *urétrale*, la voie *périnéale* et la voie *hypogastrique*.

A. — *Voie urétrale.*

A peu près impossible à suivre chez l'homme, du moins sans incision préalable de l'urètre comme dans le procédé de Thompson, cette voie n'est vraiment utilisable que chez la femme, en raison de la brièveté et de la dilatabilité de son canal.

Plusieurs chirurgiens viennois, partisans des méthodes endoscopiques, se servent du tube droit, à l'aide duquel ils explorent la vessie, pour pratiquer ensuite l'extirpation soit partielle (pour le diagnostic), soit totale de la tumeur par l'urètre. C'est de cette manière que Grünfeld a enlevé, en 1885, un polype vésical chez une femme. Cette année même (1886), l'endoscope lui ayant montré un carcinome villeux chez

une autre femme, ce chirurgien procéda par sa méthode à l'ablation du néoplasme en plusieurs séances avec un simple serre-nœud. Il s'agissait de femmes dans ces deux cas; mais, en les publiant, Grünfeld ajoute qu'il ne désespère pas d'obtenir le même résultat chez l'homme, quand une occasion favorable se présentera.

La dilatation rapide du canal dans le sexe féminin constitue une opération ordinairement inoffensive. Weiss (de Nancy) a observé cependant, en 1884, un cas de mort par péritonite aiguë à la suite d'une simple dilatation urétrale, prudemment conduite, alors qu'un incident opératoire avait forcé d'ajourner toute tentative d'extirpation de la tumeur : il est vrai que la malade avait eu déjà autrefois plusieurs poussées inflammatoires du côté du péritoine. Un accident du même genre était arrivé à Bazy l'année précédente.

Quoi qu'il en soit, l'urètre de la femme est facilement dilatable, que ce soit à l'aide d'un instrument à trois branches qui s'écartent (Thompson), ou de petits spéculums pleins en gomme de Simon (d'Heidelberg), ou des mandrins gradués de Guyon, voire même du dilatateur d'Huguier. Parfois, on est obligé de débrider le méat externe en deux ou trois points. Lorsque, la malade étant endormie, on a atteint environ deux centimètres de diamètre, le doigt de l'opérateur explore à l'aise toutes les régions de la vessie, et il est bientôt remplacé par les instruments d'exérèse (pinces, curettes, grattoirs, serre-nœuds, écraseurs, ciseaux, etc...).

Quand la tumeur est pédiculée, elle vient quelquefois s'engager d'elle-même dans le canal qu'elle dilate; on l'a même vue faire saillie entre les lèvres du méat. Les manœuvres d'ablation sont alors singulièrement facilitée. Mais les ligatures ou sections exécutées à la base de la masse herniées exigent une grande prudence; car, du prolapsus d'une tumeur par l'urètre, il ne faudrait pas toujours conclure qu'il existe un pédicule plus ou moins long. Plusieurs faits cliniques ont montré que le néoplasme pouvait entraîner avec lui, dans sa chute, une portion de la paroi vésicale inversée.

Comme la boutonnière urétro-périnéale de Thompson, la dilatation du canal n'ouvre aux instruments qu'une voie étroite, et surtout elle ne permet d'agir qu'à l'aveugle. Néanmoins, c'est à cette opération qu'ont eu recours jusqu'à présent la plupart des chirurgiens, lorsque la tumeur à enlever n'était pas très volumineuse. Sur les 45 cas d'ablation de néoplasmes vésicaux chez la femme, que Pousson est parvenu à réunir dans sa thèse (1884) et dans un mémoire ultérieur (1885), 39 fois l'extraction a eu lieu par l'urètre préalablement élargi. Dans les 6 autres cas, les opérateurs durent ouvrir le réservoir urinaire, cinq fois par le vagin et une fois par l'hypogastre. Schatz, Norton (2 cas) et Kaltenbach firent à la paroi vaginale une incision médiane de 3 à 4 centimètres. Quant à Simon, il profita de l'existence d'une fistule vésico-vaginale d'origine puerpérale pour extirper un papillome de la face antérieure de la vessie. L'incision en T, conseillée par ce chirurgien, serait peut-être indiquée dans les cas de productions à large base; mais, dans les faits précités, la boutonnière vésico-vaginale sur la ligne médiane a suffi pour permettre l'ablation.

Une seule fois la cystotomie hypogastrique a été pratiquée; c'est dans

le cas de Sonnenburg sur lequel nous reviendrons plus loin. Malgré sa difficulté plus grande chez la femme, c'est à la taille sus-pubienne que, le cas échéant, les chirurgiens français donneraient sans doute la préférence comme chez l'homme et pour les mêmes raisons. Cependant, les deux seules malades auxquelles Guyon ait eu à enlever des tumeurs vésicales ont été opérées par l'urètre, mais seulement à cause de circonstances spéciales inhérentes à chacun de ces deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'une femme dont les facultés mentales troublées n'auraient pas permis le repos et les soins nécessaires après la taille hypogastrique; chez la seconde malade, l'opération ne pouvait être que palliative et, après l'excision partielle du néoplasme, la suppression fonctionnelle de la vessie fut aussi bien obtenue par le drainage continu qu'elle l'eût été par l'incision de l'organe.

En somme, sans reparler des ablations tentées au moyen de l'endoscope, on voit que, chez la femme, le procédé de choix serait ici comme ailleurs la cystotomie sus-pubienne. Ni plus difficile, ni plus dangereuse aujourd'hui que l'incision vésico-vaginale, elle donne un accès infiniment plus large et plus commode dans la vessie. Quant à l'ablation par l'urètre dilaté elle devrait être réservée aux petites tumeurs pédiculées, déjà engagées dans le col ou même le canal, et se présentant pour ainsi dire d'elles-mêmes à l'opérateur.

B. — *Voie périnéale.*

Chez l'homme, la dilatation de l'urètre n'est plus suffisante, car il faut non seulement élargir, mais raccourcir la voie : aussi, une opération sanglante est-elle nécessaire. Pour les néoplasiques comme pour les calculeux, c'est entre le périnée et l'hypogastre que le chirurgien doit choisir.

Les premières ablations de tumeurs vésicales méthodiquement conçues et exécutées ne remontent guère, comme on sait, au delà de dix à douze ans. A cette époque, la cystotomie sus-pubienne n'avait pas reçu ses perfectionnements actuels et n'avait pas regagné la haute faveur dont elle jouit aujourd'hui. Quelques opérateurs, après avoir mis sans doute en parallèle ses avantages et ses dangers, y recoururent néanmoins, bien qu'alors la majorité des chirurgiens préférât pénétrer dans la vessie par le périnée.

En 1874, Billroth, voulant enlever de la vessie d'un jeune garçon une tumeur très volumineuse, pratiqua d'abord la taille latérale; mais, devant l'insuffisance de l'incision périnéale, il n'hésita pas à faire immédiatement la taille hypogastrique pour extraire le néoplasme. L'enfant, qui avait douze ans, guérit parfaitement.

C'est encore l'incision sus-pubienne qu'employa Volkmann dans la même année pour extirper un myome de dimension considérable chez un homme de 54 ans; malheureusement, l'opéré succombait le troisième jour à une péritonite déterminée par une infiltration d'urine. Semblable accident arriva, en 1880, à Marcacci pour avoir voulu fermer la vessie par une suture dont les fils de catgut se résorbèrent trop tôt. Mais, nous le répétons, à cette époque, l'intervention par l'hypogastre mal régle-

mentée justifiait encore toutes les préventions qui l'avaient fait abandonner pendant de longues années.

Durant ce temps, Kocher enlevait avec succès un papillome par la taille prérectale de Nélaton (1874), et Murray Humphry, en 1877, opérait par la taille latérale et avec un succès non moins durable un jeune homme porteur d'un volumineux néoplasme vésical. Enfin, en 1880, Berkeley, Hill et Davies Colley, en Angleterre, faisaient également l'un et l'autre la taille latérale dans le même but : le premier opéré mourut et le second guérit.

Depuis lors, quelques chirurgiens se sont encore servis de la cystotomie périnéale pour enlever des tumeurs de la vessie (Godlee, Trzbicky, Harrison, Hofmokl, Kansohoff, etc.); mais, en général, ceux qui ont craint de recourir au haut appareil ont adopté le procédé particulier de sir Henry Thompson, que nous allons décrire.

Ce n'est pas en effet une cystotomie, c'est une urétrotomie que préconise le professeur du Royal College of Surgeons, et il a soin de faire remarquer qu'il n'incise pas la vessie, mais seulement l'urètre membraneux dans sa traversée périnéale. Nous avons dit plus haut dans quelles circonstances, en 1880, Thompson avait eu l'idée originale d'appliquer au diagnostic des tumeurs vésicales l'ancienne *boutonnière* des chirurgiens français du XVIIe siècle. Examinons maintenant comment il procède par cette ouverture urétrale aux manœuvres d'ablation.

Le néoplasme ayant été reconnu par l'exploration digitale, ainsi que sa consistance, son volume, son siège et sa base d'implantation, et l'extirpation ayant été jugée possible, l'index est retiré de la vessie et remplacé par un des nombreux instruments d'exérèse que le chirurgien anglais a imaginés. C'est ainsi qu'il se sert tout d'abord, pour les tumeurs pédiculées, de ses *pinces-forceps* à mors larges et dentelés sur les bords, de façon à écraser et non à sectionner les tissus. Le modèle le plus simple est droit, ressemblant à la tenette ordinairement employée dans la taille; d'autres sont coudés et incurvés dans différents sens pour agir latéralement et près du col. Pour les cas exceptionnels où la masse est dure et résistante, certaines de ces pinces doivent avoir les bords coupants.

Dès que les branches sont introduites dans la cavité vésicale, il n'y a qu'à les ouvrir largement et à les refermer ensuite au niveau du point d'implantation préalablement touché par le doigt. Le polype de cette façon est saisi aussi complètement, dit Thompson, que le serait un calcul. Puis, sans lâcher ce qui a été ainsi pincé, on serre fortement l'un contre l'autre les mors de l'instrument qui mâchonnent, pour ainsi dire, le pédicule. Alors, à l'aide de quelques légers mouvements de traction, on facilite le dégagement ; et lorsque celui-ci est accompli, la pince-forceps, se trouvant libre dans la vessie, en est facilement extraite avec son contenu.

Une fois la tumeur enlevée, l'index doit être introduit à nouveau de façon à constater si l'ablation a été totale, ou si elle a besoin d'être complétée. Cette nouvelle exploration digitale est toujours indispensable avant toute réintroduction instrumentale. Pour parachever l'extirpation, le grattage avec l'ongle suffit parfois. Sinon, le long du doigt resté en place, on peut glisser de petits instruments à tige mince, dont l'extré-

mité à dents crénelées scie les fragments encore adhérents à la paroi vésicale, qu'il faut soigneusement abraser. Dans certains cas où il s'agit également de polypes, Thompson dit aussi qu'il est possible parfois d'employer un très petit écraseur muni d'une anse en corde à boyaux, que l'index conduit sur le pédicule.

Si la tumeur est volumineuse ou constituée par plusieurs lobes, il deviendra nécessaire de réintroduire plusieurs fois la pince-forceps, précédée toujours du doigt, lequel se rend compte du travail qui vient d'être exécuté et de celui qui reste à faire. Au cours de l'ablation, une injection tiède est poussée de temps en temps dans la vessie pour expulser les caillots et les débris qui embarrassent le champ opératoire. Les soins consécutifs sont d'ailleurs fort simples : un tube de caoutchouc est maintenu à demeure pendant quelques jours dans l'ouverture urétro-vésicale, de façon à assurer le parfait drainage du réservoir urinaire, en même temps qu'un pansement extérieur antiseptique et absorbant recouvre la plaie. Tous les lavages vésicaux, pendant comme après l'opération, sont d'ailleurs pratiqués avec des solutions également antiseptiques et tièdes (solutions de sublimé au dix-millième ou au quinze-millième, de permanganate de potasse au cinq-millième, d'acide borique à 4 0/0).

Mais, lorsque la base d'implantation de la production morbide est très large, Thompson reconnaît qu'il faut, dans certains cas, s'abstenir complètement ; dans d'autres, l'ablation partielle peut être tentée dans le but de retarder, si possible, l'évolution néoplasique. Enfin, si la tumeur siège à la face antéro-supérieure et ne proémine que très peu dans la cavité vésicale, pour la rendre plus appréciable, un aide exerce sur l'hypogastre avec la main une compression qui doit toujours rester douce et modérée, sans quoi l'on s'exposerait à blesser la paroi de la vessie.

Cette particularité sur laquelle insiste longuement le chirurgien anglais, met bien en évidence les inconvénients ou plutôt le principal inconvénient de son procédé. On agit en effet sans rien voir ; le doigt a exploré, il est vrai, auparavant, mais il n'est plus dans la cavité vésicale au moment où l'instrument y pénètre et y procède à l'ablation. On n'est donc pas certain de ce qui a été saisi par lui, vessie ou néoplasme. Malgré la comparaison de Thompson, l'action de sa pince-forceps sur la tumeur n'est pas celle d'une tenette sur un calcul. Celui-ci d'abord est mobile, et ensuite il possède une consistance qui transmet à la main d'un opérateur expérimenté une sensation toute particulière. La tumeur, au contraire, est presque toujours plus ou moins molle et, si le toucher et la vue la différencient assez facilement de la paroi, en est-il de même d'un instrument manœuvrant à l'aveugle ou à peu près ? Et cependant, l'auteur de ce procédé dans ses vingt premiers cas, grâce à sa remarquable habileté opératoire, n'a perforé qu'une fois la vessie.

Ce sont ces difficultés de l'extraction qui l'ont conduit à varier la forme de ses instruments et à en multiplier les modèles, de façon à les adapter autant que possible à tous les cas : cette surcharge de l'arsenal chirurgical est toujours un défaut. Néanmoins, presque tous ses extracteurs sont disposés en forme de pinces : or, l'étroitesse et la longueur du canal urétro-prostato-vésical, créé par la boutonnière, se prêtent mal à l'ouverture et à l'écartement des branches instrumentales ; et, en

raison de ce fait, Berkeley Hill, dans un cas, se vit à regret obligé de n'exécuter qu'une ablation très incomplète pour ne pas blesser la vessie.

Voici les résultats des vingt premières ablations de tumeurs vésicales pratiquées par Thompson suivant son procédé par l'urètre incisé (hommes) ou dilaté (femmes). Le dernier cas remonte au mois de juin 1884 ; le chirurgien anglais n'a pas encore donné la statistique de ses opérations postérieures à cette date, à part les deux extirpations par la voie sus-pubienne auxquelles il est fait allusion plus loin.

Sur ces vingt observations, les deux dernières étaient trop récentes au moment de leur publication, pour qu'on pût juger du résultat ; en tout cas, les deux malades n'avaient point succombé aux suites immédiates de l'intervention. Parmi les dix-huit qui restent, six sont morts de 2 à 20 jours après l'opération, l'un par suite d'une perforation instrumentale de la paroi vésicale, l'autre (femme) par les progrès foudroyants d'une néphrite calculeuse, les quatre autres d'épuisement. En regard de ces six décès, il n'y a à placer qu'une seule guérison paraissant complète, en ce sens du moins qu'aucun signe, ni symptôme de récidive ne s'était manifesté au bout de quatre ans. Enfin les onze autres opérés ont tous eu des signes de repullulation plus ou moins rapide, à laquelle trois ont succombé en quelques mois (l'un avec généralisation néoplasique) et qui a nécessité chez deux autres une deuxième et même une troisième ablation.

Neuf tumeurs sur vingt étaient à peu près sûrement de nature maligne ; quelques-unes appartenaient à cette variété douteuse que Thompson a appelée *type de transition* ; les autres étaient des papillomes frangés et des fibro-papillomes.

Or, il est à noter que, parmi ces derniers, tous, sauf un, ont récidivé. S'il n'y a pas eu erreur de diagnostic micrographique, ne faut-il pas voir dans ce fait une preuve de l'insuffisance de la boutonnière périnéale qui ne permet pas une extirpation totale de la tumeur et une destruction complète de sa base d'implantation, en un mot une intervention radicale.

Pour l'ablation des néoplasmes vésicaux, l'incision de l'urètre membraneux est encore regardée, quoi qu'il en soit, comme la méthode de choix par un certain nombre de chirurgiens, en Angleterre notamment, et aussi en Allemagne.

C'est ainsi que, dans un ouvrage paru à Londres en 1883, W. Whitehead (de Manchester) et B. Pollard, après avoir exposé dans tous ses détails l'opération de Thompson, s'attachent à démontrer les avantages et la supériorité de ce mode d'intervention. Ces deux chirurgiens, à l'époque de leur publication, avaient pratiqué eux-mêmes dix fois déjà l'exploration digitale de la vessie par l'urètre incisé (8 hommes) ou dilaté (2 femmes) : une tumeur fut rencontrée et enlevée six fois. Deux de ces malades succombèrent, mais non du fait de l'opération, paraît-il.

En Amérique, Bontecou, ne s'appuyant cependant que sur deux cas personnels, préconise aussi en 1884 l'ablation des néoplasmes vésicaux par la boutonnière périnéale. C'est également à cette conclusion que semble tendre A. Stein (de New-York) dans un travail de revue plus

récent (1885), où il analyse une centaine de cas d'extirpation. Enfin, à Vienne, Wittelshöfer se montre partisan déclaré de l'urétrotomie membraneuse des Anglais, dans un mémoire publié en 1884.

Mais, à côté de ces opinions absolues, prennent place celles d'autres chirurgiens, qui différencient au point de vue opératoire les tumeurs vésicales d'après leur volume. Suivant ces auteurs, il conviendrait, pour enlever les petites productions papillaires ou autres, de suivre la voie urétro-périnéale, et pour les masses plus considérables la voie hypogastrique. Or, on sait combien il est difficile d'apprécier même approximativement les dimensions d'un néoplasme intra-vésical avant l'ouverture de la vessie : celle-ci réserve souvent des surprises, et ordinairement on trouve une tumeur plus volumineuse qu'on l'avait soupçonné. Il semble donc au moins inutile de sectionner le périnée, si ensuite cette incision reconnue insuffisante contraint l'opérateur à la cystotomie sus-pubienne (cas de Billroth, de Volkmann, de Marcacci, etc.).

Küster a pourtant soutenu cette opinion mixte dans son récent mémoire (1886). Pour lui, la boutonnière urétrale est préférable dans les cas simples de petites tumeurs bien pédiculées ; mais il conseille, pour peu que la masse soit assez grosse ou sessile, de recourir à la taille hypogastrique, même chez la femme. En France, Sabatier (de Lyon) avait déjà, l'année précédente, défendu cette manière de voir.

D'ailleurs, depuis 1884, époque à laquelle il a fait ses *Leçons sur les tumeurs de la vessie*, Thompson a quelque peu abandonné, dans certains cas du moins, l'application exclusive de la voie urétro-périnéale à l'ablation des néoplasmes vésicaux. Ainsi, en octobre et novembre 1885, il a enlevé par l'hypogastre deux tumeurs de dimensions considérables, la première chez une femme, la seconde chez un homme (sans exploration digitale préalable). Ces deux opérations ont d'ailleurs pleinement réussi. Toutefois, le chirurgien anglais ne renonce pas à la boutonnière qu'il utilise toujours pour l'exploration de la vessie par le doigt dans les *cas obscurs* et qu'il croit suffisante pour l'extraction des petits polypes et papillomes, réservant l'intervention sus-pubienne pour les grosses masses.

Une telle opinion est encore sujette à controverses et l'on serait presque autorisé, sinon à renverser la proposition, du moins à la formuler ainsi : « Plus la tumeur est petite, plus la cystotomie sus-pubienne est nécessaire »; et cela pour plusieurs raisons. D'abord, de simples villosités échappent souvent à une pince agissant en aveugle au travers du périnée; au contraire, l'ouverture hypogastrique, grâce aux écarteurs, aux spéculums, à la lumière électrique, permet de voir distinctement la plus fine saillie de la muqueuse et de diriger contre elle avec l'œil et le doigt les instruments appropriés. Ensuite, le siège habituel des néoplasmes, quelles que soient leurs dimensions, est le bas-fond vésical : celui-ci se présente de lui-même au fond du champ opératoire quand la paroi antérieure du réservoir urinaire est sectionnée; l'ablation est ainsi notablement plus aisée qu'avec les instruments coudés ou courbés introduits par l'incision urétrale. Enfin plus la tumeur est petite, plus on a lieu d'espérer une guérison complète; mais pour cela, il faut que l'exérèse soit aussi radicale que possible. C'est dans ces cas surtout que

le grattage, la cautérisation, la résection même du point d'implantation s'imposent à l'opérateur. Toutes ces manœuvres, exécutées facilement et à ciel ouvert grâce à la taille hypogastrique, sont-elles seulement possibles avec la taille urétrale ?

C. — *Voie hypogastrique.*

La cystotomie sus-pubienne est, en France, le procédé le plus usité, nous pourrions même dire le seul usité jusqu'à l'heure actuelle, pour l'ablation des tumeurs de la vessie chez l'homme. La première opération de ce genre fut pratiquée à Paris par P. Bazy et date du 20 décembre 1882. L'ancienne taille de Franco venait d'être remise en honneur, grâce aux heureuses modifications de Petersen, et donnait pour l'extraction des calculs volumineux des résultats si encourageants qu'il ne semblait point téméraire de l'appliquer à l'extirpation des néoplasmes vésicaux.

Le malade de Bazy était porteur d'un épithélioma largement implanté sur le côté gauche du bas-fond vésical. En conséquence, l'ablation ne devait être qu'incomplète ; le chirurgien enleva tout ce qu'il put, et les manœuvres d'exérèse furent singulièrement facilitées par l'ouverture sus-pubienne. Il est certain que, chez ce malade, on ne serait pas arrivé par le périnée, même au prix d'une taille véritable, à un résultat aussi complètement satisfaisant. La résection partielle de la tumeur, que d'avance on savait seule possible, ne visait pas à une cure radicale, mais seulement à la suppression des douleurs et des hématuries et à une survie de quelques mois : ces deux buts ont été atteints.

Depuis 1883, presque tous les cas publiés en France appartiennent à la pratique de Guyon. Cependant, dans le cours de cette année (février 1886), Horteloup a employé la boutonnière périnéale de Thompson dans un cas de diagnostic particulièrement difficile : par l'incision urétrale, le doigt introduit dans la vessie reconnut d'abord la présence d'une tumeur implantée près du col. Celle-ci, saisie par une tenette, fut tordue sur son pédicule, mais elle ne put être extraite. Quelques heures plus tard, le malade accouchait spontanément de son néoplasme au travers de la plaie périnéale.

Si Thompson, comme les autres chirurgiens, du reste, redoutait deux dangers dans la taille de Franco, la blessure du péritoine d'une part, l'infiltration d'urine dans la cavité de Retzius d'autre part, aujourd'hui l'adoption définitive du ballon de Petersen qui refoule en haut le cul-de-sac péritonéal, et celle des deux tubes adossés de Périer qui assurent le parfait drainage de la vessie, ont dissipé toute crainte. C'est ainsi que Guyon n'a jamais vu se produire ni l'un ni l'autre des deux accidents précités dans les ablations déjà nombreuses, qu'il a exécutées par la voie sus-pubienne.

Pour décrire les détails de l'intervention par l'hypogastre, nous prendrons, en effet, pour base la pratique du professeur Guyon, qui, actuellement (décembre 1886), a déjà opéré de cette façon 15 tumeurs de la vessie chez l'homme, une seule par la boutonnière périnéale, et 3 chez la femme par l'urètre dilaté.

Le sujet étant chloroformisé et le bassin soulevé par un coussin résis-

tant, on lave soigneusement la vessie avec une ou plusieurs seringues de solution tiède d'acide borique, titrée à 4 0/0. On place ensuite dans le canal de l'urètre une sonde métallique à robinet, sur laquelle on lie la verge avec un cordon élastique pour empêcher l'issue du liquide antiseptique. Le ballon de Petersen est alors introduit dans l'ampoule rectale et on y injecte une certaine quantité d'eau tiédie. Cette quantité n'est point fixe; elle varie de 150 à 400 grammes. C'est du moins ce qui ressort des observations de Guyon, qui prend seulement pour guide, à cet égard, la résistance particulière éprouvée par le piston de la seringue : quand il ne peut plus pousser ce piston sans une difficulté sérieuse, il s'arrête et estime que le ballon de caoutchouc est suffisamment distendu.

Il en est de même pour la quantité de solution boriquée à injecter dans le réservoir urinaire. Il s'agit, non pas de remplir la vessie, mais de la mettre en tension, car sa capacité est plutôt physiologique qu'anatomique, et elle présente de grandes variations suivant les sujets d'abord, et surtout d'un moment à l'autre chez le même sujet, suivant l'état de la chloroformisation. Ces notions physiologiques, qui ont une réelle importance, ont été nettement mises en évidence dans la thèse récente de Duchastelet (1886). Donc, on poussera la distension vésicale jusqu'à ce que la main du chirurgien constate ici encore la résistance sus-mentionnée pour le ballon; aussi, l'opérateur doit-il exécuter lui-même ce temps préliminaire de son intervention et avoir une certaine expérience de ces faits, de façon à ne pas distendre outre mesure la vessie et à ne pas provoquer une rupture intra-péritonéale. Celle-ci cependant n'est pas toujours très dangereuse : dans un cas de Monod entre autres, la guérison ne fut pas entravée par cet accident, grâce à l'asepsie du liquide intra-vésical sans doute. Tantôt il suffira de 80 à 100 grammes de solution boriquée pour obtenir la tension vésicale, tantôt il en faudra 350 à 400 grammes; il serait donc tout à fait illusoire de fixer à l'avance un chiffre déterminé.

Quoi qu'il en soit, c'est au moment où la vessie vient former un globe dur et résistant, dont la saillie est même visible à la région hypogastrique préalablement rasée, que le chirurgien commence l'incision de la paroi abdominale. Comme il est très difficile de tomber exactement sur l'interstice des muscles pyramidaux, il n'y a aucun inconvénient à sectionner l'un d'eux. Pour éviter plus sûrement la blessure de la séreuse péritonéale, Guyon a l'habitude de refouler de bas en haut, avec le doigt, le tissu cellulaire pré-vésical. Thompson recommande de ne pas inciser au bistouri cette couche celluleuse, car sa section, dit-il, exposerait à l'hémorragie. Cependant, à part deux veines que l'on coupe ordinairement dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et qu'il suffit de comprimer quelques instants entre les mors d'une pince à forcipressure, on ne rencontre, en général, jusqu'à la vessie aucun vaisseau sanguin nécessitant une ligature; par suite, la perte de sang est insignifiante, chose à considérer en raison de l'anémiation habituelle des néoplasiques vésicaux. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette partie de l'opération : ce serait décrire le manuel opératoire de la taille hypogastrique.

Deux écarteurs (ceux du modèle Farabeuf semblent préférables à

cet égard) sont placés sur les bords de l'incision abdominale. La vessie, reconnaissable à son aspect, à sa couleur et aux veines qui rampent à sa surface, se présente en saillie au fond de la plaie comme une tête de fœtus à la vulve. Elle est alors ponctionnée avec la pointe du bistouri et, par cette ouverture, le chirurgien introduit vivement son index gauche, sans se préoccuper aucunement du flot plus ou moins sanguinolent qui jaillit au moment de la ponction, puisque ce liquide est antiseptique. Pendant que l'index gauche, recourbé en crochet, maintient écartée la plaie vésicale, sur chaque lèvre de cette plaie est passé un double fil de soie. Cette petite modification, imaginée par Guyon en 1883, constitue un réel perfectionnement. Destinées à disparaître ensuite, ces deux anses de fil, pendant l'opération, tiennent la vessie béante et comme suspendue, de façon qu'aucune altération n'échappe au doigt et à l'œil du chirurgien. D'ailleurs, dès sa première ablation de tumeur par l'hypogastre, en 1885, Thompson a adopté cette manière de faire, qui rend aussi de véritables services pour les manœuvres d'extirpation.

Si le néoplasme, qui vient d'être touché et vu, siège dans le fond ou sur les parois postérieure ou latérales de la vessie, il y a ordinairement avantage à laisser en place le ballon rectal de Petersen, lequel soulève le point d'implantation. Toutefois, il ne faudrait point perdre de vue que cette saillie intra-vésicale est artificielle comme celle déterminée, dans l'opération de Thompson, par une trop énergique pression de la main à la région sus-pubienne. Lorsque, au contraire, la tumeur occupe le col ou le trigone, il vaut mieux retirer le ballon du rectum en même temps que la sonde de l'urètre; de la sorte, le champ visuel est notablement élargi. En tout cas, il est à peine besoin d'ajouter que jamais les chirurgiens français n'accueilleront favorablement le bizarre procédé imaginé par Trendelenburg, décrit par Willy Meyer et préconisé naguère encore par Küster : il consiste à placer sur les épaules d'un infirmier les jambes du patient, dont on laisse pendre la tête en bas ; la vessie, tournée vers la fenêtre, serait ainsi très bien éclairée.

En laissant tomber la lumière du jour dans l'intérieur de la vessie qui se trouve à ciel ouvert, on en distingue nettement tous les détails ; on aperçoit même les gouttes d'urine suinter à l'orifice des uretères. Néanmoins, si l'arcade pubienne donne un peu d'ombre, il est facile de remédier à cette gêne en introduisant dans l'angle supérieur de la plaie vésicale le réflecteur métallique imaginé à cet effet par Bazy. C'est une sorte de spéculum, ayant la forme de celui de Bozeman, mais à branches plus courtes; les rayons lumineux réfléchis dans sa concavité éclairent vivement le trigone, siège habituel des productions morbides. Suivant les besoins, on déplace ce spéculum ; on peut également en placer deux ou trois simultanément, si l'on ne craint pas d'encombrer quelque peu le champ opératoire. Du reste, un seul suffit d'ordinaire, d'autant plus qu'il est toujours possible d'augmenter l'éclairage intra-vésical à l'aide d'une petite lampe électrique munie d'un réflecteur et d'un foyer d'incandescence assez puissants.

Le principe des interventions chirurgicales purement exploratrices, nous l'avons dit, n'est point admis en France, et à juste titre ; mais, en supposant qu'il le soit, croit-on qu'une autre opération permettrait de mieux explorer par la vue et le toucher la surface tout entière de la

cavité vésicale. Quand, avant d'enlever la tumeur, le chirurgien a ouvert la vessie par l'hypogastre, il sait exactement comment et dans quelle mesure il va pouvoir être utile à son malade.

On comprend aisément que les instruments, guidés constamment par l'œil, iront sûrement à leur but; aussi l'instrumentation est-elle des plus simples et ne comporte aucun appareil spécial. En effet, le néoplasme est-il polypiforme et présente-t-il quelque consistance? Il est toujours facile de placer à sa base l'anse d'un serre-nœud ou la chaîne d'un écraseur, et de le détacher ainsi. Guyon préfère dans ces cas l'anse galvanique, moins exposée à glisser et sectionnant sans hémorragie aucune; il l'applique même aux petites tumeurs qui, bien que sessiles, sont pourtant susceptibles d'être enserrées à leur base et sont, pour ainsi dire, pédiculisables.

Si la pédiculisation n'existe pas ou est impossible, on saisit la partie saillante avec une pince à griffe, on la soulève et on la sectionne à sa base avec des ciseaux courbes en abrasant la paroi. Mais, assez souvent le tissu morbide est extrêmement friable; il se déchire ou s'écrase dès qu'on y enfonce les pointes d'une pince de Museux. En pareil cas, Guyon emploie une double curette tranchante, montée à la façon d'une paire de pinces ou de tenettes, et dont les deux bords coupants s'appliquent l'un à l'autre quand l'instrument est fermé; les concavités étant opposées, l'ensemble constitue une sorte de petite sphère creuse. Pour s'en servir, l'opérateur ouvre les deux cuillères tranchantes; puis, en rapprochant les branches de l'instrument, il saisit la tumeur et l'excise à sa base à l'aide des bords coupants. Quelques légers mouvements de latéralité ou de traction doucement exécutés complètent le détachement. Au besoin, on renouvelle plusieurs fois cette application instrumentale, toujours efficace quand il s'agit d'extirper des parties résistantes et en particulier cette zone indurée qui entoure souvent la base des tumeurs malignes. Pour les masses infiltrées, la curette de Volkmann suffit.

En somme, par la voie hypogastrique, quels que soient le volume et le siège de la production morbide, il est constamment facile d'exciser et d'extirper toutes les saillies de la muqueuse, et même d'attaquer les tissus infiltrés, contre lesquels la méthode de Thompson reste absolument impuissante. Avec cette dernière, en effet, on se contente de sectionner le pédicule de certaines tumeurs seulement; et l'on ne retarde guère par conséquent la réapparition des dégénérescences malignes, qui récidivent parfois si promptement, comme on sait. Or, ces néoplasmes de mauvaise nature qu'on avait cru d'abord assez rares, puis limités à la moitié des cas environ, semblent se montrer aujourd'hui, avec les progrès de l'examen histologique, de plus en plus fréquents. C'est du moins ce qui résulte de la pratique personnelle de Guyon qui, sur seize tumeurs de la vessie, en a rencontré quinze malignes. Parmi celles-ci, quelques-unes avaient été déclarées bénignes à l'examen clinique ou d'après les parcelles rendues dans l'urine.

Aussi, après avoir enlevé la masse dégénérée, qu'elle soit pédiculée ou sessile, qu'elle paraisse ou non de mauvaise nature, le chirurgien de l'hôpital Necker a-t-il soin de cautériser profondément et largement les surfaces cruentées avec le bouton du thermocautère porté au rouge blanc. Si la paroi elle-même est infiltrée, il a des chances ainsi de mor-

tifier des parties envahies qu'il lui aurait été impossible de curer avec des instruments tranchants.

Il est inutile d'insister plus longuement sur les avantages considérables que possède l'incision sus-pubienne pour l'exérèse; ceux qu'elle offre pour les soins consécutifs ne sont pas moindres. Grâce aux deux tubes accolés de Périer, l'infiltration d'urine n'est plus à craindre et le drainage de la vessie est assuré aussi complet que par la boutonnière urétrale. Plongeant dans le fond de la cavité vésicale, ces deux tubes y puisent le liquide au fur et à mesure de sa sortie des uretères et vont le porter jusque dans un urinal placé entre les jambes du malade. De cette façon, l'urine ne baigne pas sans cesse la plaie comme dans la taille périnéale et le pansement reste sec pendant plusieurs jours après son application.

En quoi consiste ce pansement? Nous allons l'exposer en indiquant rapidement comment se termine l'opération. Une fois la tumeur enlevée, l'intérieur de la vessie est soigneusement nettoyé : les deux drains sont déposés au fond, en même temps que deux points avec du fil d'argent les immobilisent dans leur position en les fixant dans l'angle inférieur de la plaie aux lèvres de l'incision abdominale. Sauf à l'angle où sortent les tubes, la suture de la section vésicale est alors exécutée avec trois ou quatre fils de catgut qui adossent ainsi muqueuse contre muqueuse. C'est là un acheminement vers l'occlusion complète, qui n'a encore été pratiquée avec succès qu'expérimentalement. Un deuxième plan de sutures au catgut réunit les bords internes des muscles droits, pour s'opposer autant que possible à l'éventration consécutive, quelquefois observée après la taille hypogastrique. Il va sans dire que toute la plaie a été au préalable lavée avec soin à la solution phéniquée au vingtième et saupoudrée d'iodoforme. Enfin un troisième et dernier plan de sutures au fil d'argent comprend toute l'épaisseur de la paroi abdominale, excepté le point où passent les tubes.

Un pansement composé de gazes iodoformée et phéniquée, légèrement compressif sur les bords de la plaie, est ensuite appliqué; et la possibilité d'employer un pansement rigoureusement antiseptique constitue un des principaux avantages de la cystotomie sus-pubienne. Ce pansement reste d'ordinaire en place pendant plusieurs jours sans être renouvelé. Les deux tubes sont rapidement enlevés, souvent le 5e jour. A ce moment, une sonde molle est mise à demeure dans l'urètre et l'on peut hâter, par une suture secondaire, la réunion de l'angle resté béant après l'ablation des drains.

Les 19 opérations de Guyon n'ont eu lieu que sur 16 malades, car trois ont dû être réopérés par suite de récidive, au bout de cinq, de douze et de seize mois. De ces trois réopérés, les deux premiers ont succombé le surlendemain de la seconde intervention, l'un et l'autre avec des phénomènes d'adynamie ; le troisième a survécu à la deuxième ablation pratiquée le 14 octobre 1886 et se trouve actuellement bien portant ; il est vrai que la première fois, chez cet homme, la repullulation du néoplasme n'avait commencé à se manifester qu'au bout de douze ou treize mois.

Une série malheureuse n'a amené entre les mains du chirurgien de Necker que des malades atteints tous, sauf un, de tumeurs malignes.

Celui dont la vessie renfermait un myome est resté guéri. Un autre également, qui cependant était porteur d'un épithélioma, n'a pas eu de signes de récidive depuis plus d'un an : dans ce cas, l'extirpation, suivie du grattage et de la cautérisation avait d'ailleurs été remarquablement complète.

Parmi les onze autres opérés, quatre sont morts quelques jours après l'intervention : les deux premiers, malgré la cessation immédiate de leurs hématuries, n'ont pu se relever de l'anémiation extrême dans laquelle les avaient plongés depuis longtemps leurs pertes de sang continuelles. Le 3e et le 4e décès sont imputables à l'opération. L'un de ces deux malades avait subi, non pas la cystotomie sus-pubienne, mais la boutonnière périnéale que Guyon, pour diverses raisons, avait voulu expérimenter dans ce cas particulier ; il se produisit de l'infiltration d'urine et un suintement sanguin incessant par la plaie urétrale, de telle sorte que la mort survint le 2e jour. Chez l'autre une tentative de décollement de la vessie pour arriver à la résection de la paroi détermina une péritonite rapidement mortelle.

Cinq opérés, guéris momentanément de leurs hématuries et de leurs douleurs, eurent les premiers symptômes de leur récidive au bout d'un temps variant entre deux et cinq mois après l'ablation de leur néoplasme et succombèrent quelques mois plus tard. Pour une femme, le résultat définitif n'a pu être connu. Enfin, le dernier malade, opéré le 17 novembre 1886, peut être considéré comme guéri, du moins provisoirement ; c'est sur lui qu'a été exécutée la résection partielle de la paroi vésicale dont il sera question plus loin.

Si donc le summum des desiderata opératoires semble atteint par la taille sus-pubienne, on voit d'autre part, d'après les résultats, que l'extirpation relativement complète et la cautérisation profonde et étendue n'empêchent pas la récidive plus ou moins prompte de certaines tumeurs. Aussi, plusieurs chirurgiens se sont demandé s'il n'était pas possible d'arriver à une intervention plus radicale que l'ablation du néoplasme, suivie du grattage et de la cautérisation de son point d'implantation. Et l'on a naturellement songé à réséquer un segment de la paroi vésicale dans toute son épaisseur. Dès l'année 1883, dans son rapport à la Société de chirurgie sur le cas de Bazy, Ch. Monod regardait cette idée comme non irrationnelle et justifiable, tout au moins quand l'implantation se fait sur les parois antérieure, supérieure ou latérales. Mais, le bas-fond, le trigone et la face postérieure sont les sièges de prédilection des tumeurs vésicales dans la proportion de 90 0/0 des cas au minimum, et c'est là la raison principale de l'abstention presque unanime des chirurgiens en ce qui concerne la résection de la vessie.

Il n'est donc point étonnant que, jusqu'à présent, les cas de résection de la paroi vésicale atteinte de néoplasme soient extrêmement rares. Le premier date de novembre 1884 et est dû à Sonnenburg. Le chirurgien allemand, ayant fait la cystotomie sus-pubienne chez une femme pour enlever un énorme fibro-sarcome, s'aperçut au cours de l'opération qu'en raison de l'étendue des lésions il lui fallait extirper presque les trois quarts de la vessie. « En somme, dit-il, il ne resta plus que le triangle sur lequel débouchent les deux uretères. » Au 2e jour,

l'urine s'écoulait déjà par l'urètre ; et, au bout de quatre semaines, la malade n'avait eu ni fièvre, ni signes de péritonite, la plaie présentait un aspect des plus satisfaisants, quand subitement la mort survint par la rupture d'un anévrisme de l'artère pancréatico-duodénale. L'autopsie démontra, en outre, que le péritoine avait été exactement refermé pendant l'opération et qu'une nouvelle cavité urinaire s'était formée, bien qu'il eût été impossible d'appliquer des points de suture aux vestiges de la paroi vésicale, vu leur exiguïté. La néo-vessie, constituée en grande partie au dépens du péritoine, semblait susceptible d'extension et elle aurait sans doute pu fonctionner, ajoute Sonnenburg.

Le deuxième cas (1885) est de Geza von Antal, qui a suivi également la voie hypogastrique, mais chez un homme. Après avoir décollé le péritoine au niveau du pédicule de la tumeur (carcinome ?), le chirurgien autrichien réséqua toute l'épaisseur de la paroi vésicale, de telle sorte qu'un tiers de la vessie fut enlevé. Le drain fut retiré le 12e jour, et la fistule se ferma le 40e. Plusieurs mois après l'opération, le malade vivait encore sans soupçon de récidive, pouvant garder dans sa vessie pendant trois ou quatre heures 200 à 300 grammes d'urine.

Il est à remarquer que, dans ces deux cas, le néoplasme occupait exceptionnellement la moitié supérieure de la sphère vésicale, ce qui a permis les larges délabrements effectués. Chez un malade dont la tumeur semblait tout d'abord empiéter un peu seulement sur le fond de l'organe, Guyon a voulu essayer de décoller le péritoine et de procéder ainsi à la résection sous-péritonéale de la paroi. Mais, pendant l'opération, il fut forcé de renoncer à son projet : la dégénérescence descendait trop bas et il eût fallu sectionner l'uretère. L'opéré fut rapidement emporté par une péritonite aiguë, certainement causée par cette tentative ; et c'est même le seul cas de mort réellement imputable à l'intervention qu'ait observé Guyon depuis qu'il enlève les tumeurs vésicales par la voie hypogastrique.

Enfin, dernièrement (17 novembre 1886), le chirurgien de l'hôpital Necker, ayant rencontré un petit épithélioma pédiculé, implanté sur le côté droit de la vessie, et jugeant le cas favorable à la résection partielle de la paroi, résolut d'agir cette fois non plus de dehors en dedans, mais de dedans en dehors. Après avoir enlevé la tumeur par la cystotomie sus-pubienne comme d'habitude, il disséqua avec soin au bistouri la base d'implantation assez profondément incluse dans la paroi. Quoique celle-ci n'eût pas été perforée, elle fut excisée environ aux trois quarts de son épaisseur. Les bords cruentés de la plaie vésicale, minutieusement affrontés, furent suturés avec cinq points de catgut, ce qui indique une perte de substance assez étendue. Le résultat a été parfait : depuis l'enlèvement des deux tubes, le 5e jour, le malade urine normalement par l'urètre, sans qu'il soit survenu le moindre accident. Une telle tentative est encourageante, et c'est peut-être dans ce sens qu'il faudra poursuivre désormais la résection vésicale, c'est-à-dire en opérant de dedans en dehors. Et seule la voie hypogastrique permettra de réaliser l'excision large de l'implantation, unique espoir d'arriver à la cure radicale des néoplasmes de la vessie.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1886.

A

Abcès. — Sur les abcès froids du mollet chez les enfants scrofuleux, par Rabasse. (*Thèse de Lyon*, n° 309.) — Abcès froid périnéphrétique avec crises douloureuses. Déviation du rachis, prise pour un mal vertébral de Pott, Incision. Guérison, par Besson. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 oct.) — Abcès sous-phrénique occupant une partie de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, et compliqué de pleurésie gauche. Ouverture. Mort par pyémie, par E. Maylard. (*Glasg. med. Journ.*, octobre p. 241.) — Du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, par Torel (*Thèse de Bordeaux*, juin.)

Abdomen. — État actuel de la chirurgie abdominale, par N. Senn. (*Jour. of. amer. med. assoc.*, vol. VI, n° 22 et 23.) — Sommaire des cas publiés de « tumeur fantôme » de l'abdomen, par Mc. Ardle et Louis Kolipinsky. (*New York med. Journ.*, p. 595.) — Plaie de l'abdomen avec issue des viscères. Guérison, par Gal. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 679.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par un couteau à découper sale. Toilette du péritoine et suture antiseptique. Guérison sans complication, par Barker. (*Lancet*, 20 fév.) — Phlegmon sous-péritonéal de la fosse iliaque droite, par Soldani. (*Lo Sperimentale*, n° 8.) — Fibro-sarcome de la paroi abdominale. Extirpation. Guérison, par V. Horoch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 juin.) — Tumeur de l'arrière-cavité des épiploons; diagnostic des tumeurs abdominales, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 17 août.) — Du drainage permanent de l'abdomen dans l'ascite (2 cas avec mort), par Llewellyn Eliot. (*New York med. Journ.*, p. 722.) — Des ponctions précoces dans l'ascite, par Jessner. — Idem, par Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, 10 août 1885.)

Accouchement. — Statistique de 3,036 accouchements, par Hiram Corson. (*New York med. Journ.*, p. 543, 575 et 605.) — Aphorismes d'obstétrique, par Hunicken. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 427.) — L'antisepsie en obstétrique, par Vallone. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 27.) — Statistiques de la première clinique obstétricale de Vienne, par C. Braun. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 juin.) — Rapport sur deux cents accouchements à la maison des pauvres de St-Cuthbert, par Francis W. Moinet. (*Edinb. med Journ.*, p. 199, sept.) — Étude sur la valeur de la palpation de l'épaule comme moyen de diagnostic des positions du sommet, par Rivière. (*Ann. de gynécol.*, oct.) — Considérations pratiques sur les positions occipito-postérieures, par Hamon de Fresnay. (In-8°, 108 p., *Paris.*) — De l'emploi de la

cocaïne pour calmer les douleurs, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, nº 16.) — Note sur la suppression de la douleur pendant les accouchements par l'application de la cocaïne, par R. Dubois. (*Soc. de biologie*, 19 juin.) — Accouchement dans un cas de duplicité des organes génitaux, de la vessie et de l'urètre, par Engel. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 1.)— De la préservation des membranes durant la 2e période du travail, par Byford, traduction de Labusquière. (*Broch. Paris.*) — De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes, par L. Dumas. (*Montpellier méd.*) — Inconvénients des injections intra-utérines préventives pour l'évolution normale des couches, par Reimann. (*Berl. klin. Woch.*, 16 nov. 1885.) — Absence congénitale de l'orifice vaginal, accouchement par l'anus, par Payne. (*Americ. med. Assoc.*, 6 mai.) — Traitement de la métrorragie post partum, par Turazza. (*Gaz. d. Ospit.*, nº 56.) — Provocation de l'accouchement prématuré, par Davis. (*Americ. Journ. of Obstet.*, nov.) — Un point de la thérapeutique de l'avortement, par Auvard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 nov.) — Du seigle ergoté considéré comme excitant des contractions utérines pendant l'avortement et pendant l'accouchement, par Dumas, de Ledignan. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 10.) — Dystocie due à un épithélioma du col de l'utérus, par Roulliès. (*Gaz. hebd. Montpellier.*) — De l'embryotomie dans les présentations du tronc, par Courbon. (*Gaz. des hôp.*, 18 sept.) — Un cas rare de dystocie, terminaison fatale, par Upshur. (*Americ. Journ. of Obstet.*, sept.) — La crâniotomie est-elle une opération qui doive disparaître? par Alfred Meadows. (*Brit. med. Journ.*, p. 864, nov.) — Indications de la crâniotomie, par Robert Barnet. (*Ibid.*, p. 623, oct.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose pulmonaire, par Szenasy. (*Cent. f. Chir.*, nº 41.) — Étude sur la pathogénie de l'actinomycose pulmonaire, par Israel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 1.) — Un cas d'actinomycose, par A. Schirmer. (*Journ. of. Amer. med. Assoc.*, p. 384, 2 octobre.)

Addison (Mal d'). — Tuberculisation des capsules surrénales sans maladie d'Addison, par harrington Sainsbury. (*Brit. med. Journ.*, p. 861, nov.)

Aérothérapie. — Contribution à l'étude de l'aérothérapie, par Guariglia. (*Naples.*)

Albumine. — Dosage de l'albumine de l'urine avec l'appareil d'Esbach, par P. Guttmann. (*Berl. klin. Woch.*, 22 fév.) — Des diverses variétés d'albumine qui peuvent apparaître dans l'urine, par Maguire. (*Lancet*, 5 juin.) — De la valeur clinique des différentes espèces d'albumine dans l'urine, par Chéron. (*Union médicale*, 3 août.) — La valeur clinique des diverses variétés d'albumine de l'urine. Revue. (*La Riforma med.*, 28 août.) — État gélatineux des substances albuminoïdes, par Michailoff et Klopine. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.)

Albuminurie. — Albuminurie cyclique, par Kinier. (*Med. Record. N. York*, nº 25.) — Note sur trois cas d'albuminurie intermittente, par Collins. (*Lancet*, 20 fév.) — Note sur l'albuminurie intermittente, par Collins. (*Lancet*, 10 avril.) — Obs. d'anasarque à frigore, par Cénas. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Pathologie et traitement de l'hydropisie, par J. Barr. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.)

Alcool. — Influence de l'alcool sur les échanges gazeux, par Bodlander. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, 5 et 6.) — La question du vinage, par Vallin. (*Rev. d'hyg.*, 20 août.)

Alcoolisme. — L'alcool et l'alcoolisme, par Fournier de Flaix. (*Rev. scientif.*, 14 août.) — Étude comparée des effets produits par les différentes boissons

spiritueuses. Conséquences à tirer de cette étude au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme, par Lancereaux. (*Bull. Acad. de méd.*, XIV, n° 46.) — Conséquences de l'alcoolisme, par Calajonni. (*Arch. di psichiatria*, VII, n° 4.) — Etude sur le rein alcoolique des ivrognes, par Formad. (*Med. News*, 2 oct.) — Cas rare de dipsomanie; inhalations d'éther. Accès répétés pendant plus de 16 ans. Mort à la suite de convulsions épileptiques, par Christian. (*Soc. de méd. de Paris*, 22 mai.) — Du phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques. Auto-traumatisme et auto-infection, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — De l'asthénie alcoolique du cœur. Usage de l'alcool dans l'affaiblissement de la circulation, par Ward Richardson. (*The Asclepiad*, n° 3.) — Note sur le traitement de l'alcoolisme aigu, par Glinski. (*Russkaia med.*, n° 30.)

Aliénation. — Les aliénés à l'étranger et en France, par Du Bled. (*Rev. des Deux Mondes*, 15 oct.) — La folie dans la race noire, par J. Buchanan. (*New York med. Journ.*, p. 67, 17 juillet.) — Sur quelques modifications proposées à la législation sur les aliénés, par Adam. (*Lancet*, 13 mars.) — La faiblesse d'esprit dans ses rapports avec la responsabilité des actes, par Parant. (*Encéphale*, n° 5.) — Du rôle des fonctionnaires médicaux dans les questions relatives aux aliénés, par Falk, et discussion. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLIV, p. 197.) — L'aliénation mentale et la médecine légale, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 25 nov.) — De la responsabilité partielle des aliénés, par Ball. (*Encéphale*, n° 4 et n° 5.) — Crime et folie, par R. Kinkead. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, octobre.) — De la meilleure manière d'entretenir l'esprit médical dans les asiles d'aliénés, par Strahan. (*J. of mental Science*, p. 346, octobre.) — L'accroissement supposé du nombre des aliénés, par Hack Tuke. (*Ibid.*, p. 360, octobre.) — Remarques sur l'usage et l'abus de l'isolement, par Campbell. (*Ibid.* p. 351, octobre.) — La folie du roi Louis II, de Bavière, par William W. Ireland. (*Ibid.*, p. 332, octobre.) — Folie sympathique, par Bridger. (*Ann. méd. psych.*, p. 312, septembre.) — Un cas de manie aiguë compliquée de parotidite, par Williamson. (*Lancet*, 13 fév.) — Délire hallucinatoire avec conscience, par Semelaigne. (*Ibid.*, p. 58, juillet.) — Lypémanie ambitieuse dissimulée, par Marandon de Montyel. (*Ibid.*, p. 208, septembre.) — Manie rémittente, double forme, épilepsie larvée, par Doutrebente (*Ibid.*, sept.) — Un cas de syphiliphobie, par Chambard. (*Ibid.*, sept.) — Étude des tics chez les aliénés, par Allard. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) — Mélancolie aiguë, suite de constipation, par Hutchinson. (*Americ. Journ. of insanity*, oct.) — Essai sur la mégalomanie, par Nicoulau. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Du suicide dans le délire des persécutions, par Meilhon. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Influence de l'état normal des parents sur les caractères des délinquants, par Marro. (*Arch. di psichiatria*, VII, 3.) — La perversion sexuelle morbide, par Ball. (*Gaz. des hôp.*, 23 nov.) — L'érotomanie, par Ball. (*Gaz. des hôp.*, 11 nov.) — Note sur la convalescence dans les maladies mentales, par Paris. (*Encéphale*, p. 548, n° 5.) — Traitements et soins des aliénés, par K. Mills. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — De l'emploi des sédatifs dans la folie, par G. H. Savage. (*The Practitioner*, septembre.) — L'uréthane chez les aliénés, par Sighicelli. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 58.)

Alimentation. — L'hygiène alimentaire, par Dujardin-Beaumetz. (In-8°, *Paris.*) — Recherches sur l'alimentation et la production du travail, par Muntz. (*Annal. de l'Inst. agronom.*, IX.) — Durée du séjour des aliments dans l'estomac des sujets sains et malades et influence sur cette durée de la sudation artificielle, par Chpoliansky. (*Vratch*, n° 43, 1885.) — Sur la composition des viandes salées et l'assimilation de leurs principes azotés, par Smetki. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — De la suralimentation, par Dujardin-

BEAUMETZ (*Bull. thérap.*, 15 octobre.) — Du régime alimentaire dans la goutte et dans les gravelles urinaire et biliaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. thérap.*, 30 octobre.) — De la ration alimentaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 septembre.) — De l'alimentation par le vagin, par LOVE. (*Weekly med. Review*, 17 juillet.)

Amputation. — Sur les modifications des nerfs et de la moelle après les amputations, par KRAUSE (59e *Cong. des natur. allem. Cent. f. Chir.*, n° 44.) — Étude des sillons génitaux et des amputations spontanées, par JEANNEL. (*Arch. de tocol.*, 15 sept.) — Extirpation de l'omoplate pour un ostéosarcome, par CHARTERS SYMONDS. (*Brit. med. Journ.*, p. 819., oct.) — Traumatisme grave produit par une explosion de dynamite. Amputation de l'avant-bras; ligature de l'artère fémorale; gangrène de la jambe; amputation de la cuisse; pyohémie avec hémorragies profuses. Quatre transfusions du sang. Guérison finale, par ANNANDALE et COTTERILL. (*Brit. med. Journ.*, p. 630, oct.) — Sarcome à petites cellules du fémur. Désarticulation de la cuisse. Guérison, par COWEL. (*Lancet*, 20 mars.) — Arrachement complet de la jambe par la morsure d'un requin. Amputation immédiate de la cuisse au-dessus des condyles. Guérison, par ENSOR. (*Lancet*, 19 juin.) — De la désarticulation du genou, par HEYDENREICH. (*Rev. méd. de l Est*, 1 nov.) — Un cas d'amputation de Lisfranc, par BÉRENGER-FÉRAUD. (*Arch. méd. navale*, août. p. 151.)

Amygdale. — Fonctions des amygdales, par HINGSTON FOX. (*Journ. of anat. and physiol.*, juin.) — Non-identité de l'amygdalite croupale avec la diphtérie, par EMMET HOLT. (*New York med. Journ.*, 8 mai.) — L'amygdalite et ses rapports avec la scarlatine et la diphtérie, par H. FOX. (*Lancet*, 31 juillet.) — Parésie consécutive à une amygdalite, par E. J. BEALL, (*St-Louis med. Journ.*, mai.) — Paralysie du membre supérieur consécutive à une angine simple (amygdalite), par PRÉVOST. (*Arch. méd. belges.*) — Trois cas de chancre induré de l'amygdale, par THOMAS CHEWSKY. (*Wien. med. Woch*, n° 30, p. 969.) — Calcul de l'amygdale, par DÉLIE. (*Rev. mens. de climatol.*, oct.) — Hémorragie consécutive à l'amygdalotomie, par J. WALKER DOWNIE. (*Edinb. medic. Journ.*, p. 116, août.)

Anatomie. — Anatomie descriptive et dissection, comprenant un précis d'anatomie générale et d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par FORT. (4e *édit.*, *Paris.*) — L'anatomie des Arabistes et des Hébreux, par F. STEPHENSON. (*New York med. Journ.*, 24 juillet, p. 92.) — Les sciences anatomiques et l'anatomie des régions, par GILIS. (*Gaz. hebd. de Montpellier.*) — Anatomie générale. Première partie. Anatomie générale des organes de la locomotion, par P. LESSHAFT. (*St-Pétersbourg*, 1885.) — Trousse portative pour autopsies, par LEUFFEN. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, octobre.)

Anémie. — Un cas d'anémie pernicieuse essentielle, par SHATTUCK. (*Boston med Journ.*, p. 107, 4 février.) — Histoire d'un cas d'anémie pernicieuse rapporté comme guéri par l'arsenic, par LOVELAND. (*Philad. med. Times*, 4 sept.)

Anesthésie. — Action directe des anesthésiques sur le cœur de la grenouille, par M'GREGOR ROBERTSON. (*Brit. Assoc. for advanc. of sciences*, 55e congrès, *Aberdeen*, 1885.) — Sur le bromure d'éthyle et sur son action anesthésique dans l'opération du phimosis, par CRIVELLI. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Impressions psychiques et physiologiques à la suite d'une inhalation d'éther, par SHOEMAKER. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Thrombose de l'artère coronaire cardiaque consécutive à une éthérisation. Mort subite

trois semaines plus tard, par Moxon. (*Lancet*, 17 avril.) — Hémianesthésie saturnine et hémianesthésie alcoolique, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 14 oct.)

Anévrisme. — Plaie de tête; érysipèle. Mort subite par suite d'un anévrisme des artères cérébrales, par Drummond et Armstrong. (*Brit. med. Journ.*, p. 763, oct.) — Anévrisme de l'orbite, par Alexandre Dempsey. (*Brit. med. Journ.*, p. 541, septembre.) — Anévrisme orbitaire, par Mc. Burney. (*New York med. Journ.*, XLIII, p. 333, n° 12.) — Anévrisme thoracique guéri sans opération, par Saunders. (*Lancet*, 27 mars.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, par Byrom Bramwell. (*Lancet*, 13 mars.) — Anévrisme de l'aorte et galvano-puncture, par Churton. (*Lancet*, 22 mai.) — Rupture d'un anévrisme aortique dans le médiastin postérieur et la cavité abdominale; symptômes anormaux, par Percy Kidd. (*Lancet*, 22 mai.) — Leçon clinique sur un cas d'anévrisme thoracique traité par une nouvelle méthode, par R. Barwell. (*Lancet*, 5 juin.) — Un cas d'anévrisme de l'aorte comprimant la trachée. Trachéotomie, par de Fortunet. (*Lyon méd.*, 8 août.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte; tuberculose pulmonaire par compression de l'artère pulmonaire, par Mouisset. (*Lyon méd.*, p. 554, 25 avril.) — Deux cas d'anévrisme de l'aorte ascendante; un cas traité par l'électro-puncture, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 5 août.) — Pathogénie de la tuberculose compliquant les anévrismes aortiques, par Aubry. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — De l'anévrisme perforant de l'aorte ascendante, par Ebed. (*Thèse de Montpellier.*) — Anévrisme de la crosse aortique chez un syphilitique; accès de suffocation. Trachéotomie, etc., par Mounier. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 sept.) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans le péricarde, par Porges. (*Wien. med. Presse*, p. 645, n° 20.) — Anévrismes multiples de l'aorte thoracique chez un syphilitique; anévrisme de la portion intra-péricardique de l'aorte; compression de la veine cave supérieure par cet anévrisme, lésions généralisées du système artériel; néphrite interstitielle avec dégénérescence amyloïde; périsplénite scléreuse avec plaques calcaires, par Marfan et Aubry. (*Soc. anat.*, 28 mai.) — De l'opération de Brasdor pour les anévrismes de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, par Rosenstirn. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 1.) Anévrisme de l'artère hépatique, par Taton. (*Lancet*, 5 juin.) — Anévrisme de l'artère carotide interne gauche; rupture dans le pharynx, par Martin. (*The med. herald Louisville*, fev.) — Anévrisme de l'artère axillaire. Ligature de l'artère sous-clavière à son tiers inférieur; rupture de la ligature. Opération nouvelle; collapsus et mort, par Buttin. (*Brit. med. Jour.*, p. 820, oct.) — Anévrisme de la sous-clavière traité par la galvano-puncture, par Saboia. (*Correio med. de Lisboa*, 15 mars.) — De l'anévrisme artério-veineux traumatique et spontané; étude anatomo-pathologique et thérapeutique, par Ferrari. (*Lo Spallanzani*, n°s 1 et 2, 1885.) — Panaris du pouce, drainage, ulcérations de l'artère collatérale interne du pouce et formation d'un anévrisme faux consécutif, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er nov.) — Sur un cas d'anévrisme cirsoïde du médius, par Tarrou. (*Thèse de Montpellier.*) — Anévrisme fémoral rompu dans le canal de Hunter. Ligature de l'artère fémorale. Guérison. Deux mois plus tard, mort subite par affection cardiaque; autopsie, par Wright. (*Lancet*, 12 juin.) — Anévrisme poplité double. Ligature de la fémorale des deux côtés. Guérison, par Baker et Clarke. (*Lancet*, 13 mars.) — Anévrisme poplité chez un ataxique, guéri par la compression, par Longhurst. (*Lancet*, 3 avril.) — Anévrisme spontané de la poplitée; ligature, par Gallozzi. (*La Riforma med.*, 18 mai.) Anévrisme poplité, gangrène de la jambe par thrombose. Amputation de cuisse. Guérison, par Kroenlein. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 octobre.) — Plaie de la fesse par instrument piquant; anévrisme traumatique. Opération. Guérison, par Littlewood. (*Lancet*, 27 mars.) — Anévrisme trau-

matique de la plante du pied. Guérison, par Dubrueil. (*Gaz. hebdom. des sciences méd. Montp.*, nº 6.) — Considérations sur l'anévrisme de la région plantaire, par Grousset. (*Thèse de Montpellier*, nº 20.)

Angine. — De l'angine lacunaire, par Leifert, (*Wiener med. Woch.*, nº 40.) — De l'angine sous-maxillaire intense. De l'angine dite de Ludwig, par Tissier. (*Progrès médical*, 28 août.) — Angine de poitrine; dégénérescence du cœur; rétrécissement de l'artère coronaire antérieure. Mort subite, par Leudet. (*Soc. anat.*, 23 avril.) — De la cocaïne dans l'angine de poitrine, par Lashkevitch. (*Russkaia med.*, nº 12.)

Angiome. — Des angiomes de la langue, par Jullian. (*Thèse de Bordeaux*, juin.) — Recherches sur la fréquence relative des tumeurs molloscoïdes à la face et à la tête et leurs modifications pathologiques, par Sherwell. (*Americ. dermat. Assoc.*, 27 août.) — Sur quelques troubles de développement du squelette dus à des angiomes superficiels, par Duzéa. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) — Angiome douloureux de l'avant-bras, par Aubert. (*Lyon méd.*, p. 113, 26 sept.)

Anthrax. — Une épidémie de furoncles à la Maternité de Nancy, par A. Hergott. (*Ann. de gynécol.*, sept.) — Microcoque de la furonculose auriculaire, par Kirchner. (*Berl. klin. Woch.*, 7 décembre.) — Traitement préventif de l'anthrax, par Cast. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.)

Anthropologie. — Précis d'anthropologie, par Hovelacque et Hervé. (In-8º, *Paris*).

Antiseptique. — Du sublimé comme antiseptique, par Butte (*Nouv. arch. d'obstét.*, nº 4.) — Quelques résultats de la chirurgie antiseptique aux Indes, par Graz. (*Lancet*, 27 mars.) — Du sublimé comme antiseptique. Étude critique et clinique sur l'intoxication par le sublimé employé comme agent d'antisepsie, par Butte. (*Nouvelles arch. d'obstét.*, août.) — Du sublimé iodoformé comme antiseptique. Résultats donnés par cette méthode à l'hôpital de Sabbatsberg en 1883 et 1884. (*Nord. med. Ark.*, XVIII, nº 3.) — De la médication antiseptique, et de ses nouvelles méthodes en rapport avec les infections chirurgicales; avec une statistique de faits cliniques (309), par Cecchherelli. (*Leçon de clôture de la clinique chirurgicale de Parme, pour l'année* 1885-86.) — Valeur comparative de quelques antiseptiques, par Bergonzini et Frignani. (*La Rassegna*, nº 8.) — Les accidents produits par les antiseptiques. Revue critique. (*La Riforma med.*, 18 août.)

Anus. — Traitement de la fistule anale par réunion par première intention, par Morini. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Guérison de la fissure anale sans opération, par Ch. Kelsey. (*New York med. Journ.*, p. 408.) — Imperforation de l'anus, opérée seulement le *vingt-septième jour* après la naissance. Guérison, par O. Coskery. (*Ibid.*, juillet.) — Imperforation anale. Intervention. Mort. Rupture intestinale, par Boisvert. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 août.) — Imperforation de l'anus; communication du rectum avec la vessie, par Ferré. (*Loire méd.*, 15 sept.)

Aorte. — Un cas de rupture traumatique de l'aorte, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, nº 13.)

Appareil. — Appareil schématique pour démontrer la circulation du sang, par Cantalamessa. (*La Riforma med.*, 22 avril.) — Nouveau modèle d'injecteur chirurgical, par Robert Kirk. (*Lancet*, 8 mai.) — Sur un nouvel appareil pour le lavage de l'estomac, par Ruault. (*Bull. thérap.*, 15 septembre.) —

Microtome de précision, par Duprat. (*Soc. anat.*, 28 avril.) — Nouvel appareil pour la détermination des échanges gazeux organiques, par Bodlander. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, 5 et 6.) — Un appareil respiratoire simple, par Clar. (*Wien med. Jahrb.*, p. 211.) — Nouvel appareil pour l'étude de la respiration des animaux et des végétaux par Gréhant. (*Soc. de biologie*, 7 août.) — Nouvelle machine à titrer les mélanges de gaz et de vapeurs, par R. Dubois. (*Soc. de biologie*, 29 juin.) — Sur un appareil servant à démontrer le mécanisme de la rotation interne dans la présentation du sommet, par Inverardi. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 22.) — Spéculum avec lampe incandescente. (*Illust. Monat. der Aerzt. Polyt.*, nº 1.) — Pince-trocart pour l'ovariotomie, par A. Reverdin. (*Rev. méd. suisse rom.*, VI, p. 92.) — Serre-nœud à serrage continu, par Forné. (*Soc. de Chir.*, p. 508.) — Manière d'obtenir un moule de plâtre pour la confection des corsets orthopédiques, par Th. V. Heydenreich. (*Cent. f. Chir.*, nº 21.) — Sonde exploratrice élastique, par Biedert. (*Berl. klin. Woch.*, 1er fév.) — Davier pour l'extirpation de l'astragale, par Reverdin. (*Rev. méd. suisse rom.*, V, p. 547.)

Artère. — Recherches histologiques sur la structure de quelques artères, par Westphalen. (*Dorpat.*) — Un cas de persistance simple du canal artériel. par Gilbert. (*France médicale*, 5 août.) — Étude sur la ligature de l'artère fémorale, par Bérard. (*Thèse de Paris*, 5 nov.) — Un cas de ligature de l'artère et de la veine sous-clavière, par Wassiljew (*Chir. Westn.*, juillet.) — Ligature de l'iliaque primitive avec du tendon de kanguroo : insuffisance de la ligature, qu'on remplace par un fil d'argent : gangrène du membre inférieur, mort, par Thomas Smith. (*Brit. med. Journ.*, p. 819, octobre.) — Ulcération de la carotide à la suite d'un bubon scarlatineux du cou, mort, autopsie, par Ashby. (*Lancet*, 13 févr.)

Articulation. — Hydarthroses et arthrites du genou, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 2 sept.) — Hydarthrose intermittente des genoux, par Goix. (*Broch. Lille.*) — De l'arthrite déformante, par French. (*Med. News*, 9 oct.) — Contribution à l'étude des arthrites tuberculeuses, par Descous. (*Thèse Montpellier*, 1885.) — Tumeur blanche du coude, par Bouilly. (*Gaz. des hôp.*, 30 sept.) — Entorse tarso-métatarsienne avec rupture presque totale des ligaments tarsaux de cette articulation, écrasement et arrachement des extrémités postérieures du deuxième et troisième métatarsien et de la pointe de la malléole, par Chaput (*Soc. anat.*, 11 juin.) — Deux cas de plaie du genou par arme à feu, avec pénétration de la balle dans les condyles du fémur, par Mac Cormac. (*Lancet*, 27 févr.) — Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression ouatée localisée et forcée, par Foy. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Note sur quelques cas de coxalgie suppurée, par E. Owen. (*Lancet*, 20 févr.) — Coup de feu dans l'articulation du coude, guérison en neuf semaines, par Mensel (15e *Cong. chir. all. Cent. f. Chir.*, nº 24.) — Des différents effets de la contusion articulaire suivant l'état constitutionnel du blessé, par Verneuil. (*Union médicale*, 19 juin.) — Arthropathie de l'épaule gauche, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 oct.) — Énorme tumeur de l'épaule gauche (cancer colloïde), par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 23 sept.) — De l'extension continue dans la coxalgie, par Huguet. (*Thèse Montpellier.*) — Le drainage du genou, par C. Kaufmann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er décembre.) — De la désarticulation scapulo-humérale, par Venner. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Désarticulation de l'épaule pour un sarcome myéloïde du bras, par Fenwick. (*Canadian med. Assoc.*, 18 août.)

Asthme. — La fièvre de foin, l'asthme, et les affections congénéres, par

F. Bosworth. (*New York med. Journ.*, avril.) — Quelques cas de catarrhes périodiques de la conjonctive dus à la fièvre de foin, par H. Gradle. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 478).) — De l'asthme chez les enfants et de son traitement par la teinture de lobelia inflata, par Moncorvo. (*Bull. thérap.*, 15 octobre.) — Sur quelques formes cliniques de l'asthme et leur nature, par F. Fedeli (*Medicina contemporanea*, juillet.) — Un cas d'asthme urticant (urticaire bronchique), par D. Pryce. (*Lancet*, 22 mai.)

Autoplastie. — Essai de cheiroplastie. Tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius, par Guermonprez. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 673.)

B

Bain. — De l'antipyrèse hydriatique, Revue. (*La Riforma med.*, 24 juillet.) — Des bains de mer à Cette dans le traitement de la scrofule, par Scheydt. (*Thèse de Montpellier.*) — Bains de mer et traitement maritime de la scrofule, par Amat. (*Montpellier méd.*, 1885-86.)

Bassin. — Extirpation d'un enchondrome du bassin avec ligature de l'artère et de la veine iliaques primitives, par Bergmann. (*Deut. med. Woch.*, n° 42, 1885.) — Description d'un bassin pseudo-ostéomalacique, par Griffith. (*Transact. of obst. Soc. London, XXVII, p.* 186.)

Bec de lièvre. — Bec de lièvre double ; opération en deux parties à deux ans d'intervalle, par de Valcourt. (*Bull. Soc. de Chir.*, XII, p. 620.)

Béribéri. — Le béribéri au Brésil, par Horace Lane. (*Boston med. journ.*, p. 293, 30 septembre.) — Observations d'œdème d'origine obscure, liée peut-être à la malaria ; leur relation avec le béribéri, par Shirley Deakin. (*Brit. med. journ.*, p. 761, octobre.)

Biliaires (Voies). — Lithiase biliaire, angiocholite suppurée, endocardite végétante ; constatation dans la végétation et les abcès biliaires de la même espèce de bactéries, par Martha (*Soc. anat.*, 16 avril.) — Cancer primitif de la vésicule biliaire, propagation au foie, généralisation au péritoine, par Blocq. (*Soc. anat.*, 26 avril.) — Cancer primitif de la vésicule biliaire, par Quetsch. (*Berl. klin. Woch.*, 19 octobre 1885.) — Note sur l'action antiseptique de la bile, par Charrier et G.-H. Roger. (*Soc. de Biologie*, 7 août.) — Des rapports qui existent entre la glycosurie et l'obstruction biliaire, par Wyatt. (*Lancet*, 15 mai.) — Cinq nouveaux cas de cholécystotomie, par Lawson Tait. (*Lancet*, 13 février.)

Blennorragie. — Nature et traitement de la blennorragie, par Crivelli. (*Thèse de Paris*, 18 novembre.) — Sur un procédé technique de diagnose des gonococci, par Roux. (*Acad. des Sciences*, 8 novembre.) — Étude du gonococcus, par Bockhart. (*Monatsch. f. prakt. Dermat.*, n° 10.) — Épidémie de blennorragie par coït rectal, par Winslow. (*Med. News*, 14 août.) — Rhumatisme blennorragique, par Basset. (*Annales de Dermat. et de Syph.*, n° 6.) — De la nature infectieuse de l'arthrite blennorragique, par Petrone. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 66.) — De la cocaïne dans le traitement de l'ophtalmie blennorragique, par Leahy. (*Indian med. Gaz.*, juillet.) — Du

kava et de son emploi dans la blennorragie, par Sanné. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Traitement de la blennorragie chronique par la sonde, d'après la méthode d'Unna, par Appel. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 7, p. 304.) — Des conditions requises pour le traitement local de la blennorragie, par Diday. (*Lyon méd.*, 22 août.) — Sur les injections dans la blennorragie chez l'homme, par Éraud (*Thèse de Lyon*, 9 juillet). — De la compression ouatée dans le traitement de l'orchite blennorragique, par Foucaud. (*Thèse de Paris*, 11 novembre). — Les injections et la propagation de la blennorragie à l'urètre postérieur, par Oltramare. (*Rev. méd. suisse romande*, 15 octobre.)

Bouche. — Tumeur sous-muqueuse de la lèvre supérieure probablement congénitale, par Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse rom.*, V, p. 51.) — Épithélioma de la bouche, opération, pneumonie, mort, par Graverry. (*Soc. Anat.*, 23 avril.) — Du cancer de la bouche, de la langue et du conduit alimentaire, par Jesset. (In-8°. *Londres.*) — De l'hyperplasie chronique de la muqueuse buccale avec kératinisation de son épithélium, par P. Harvey (*Am. Journ. of the med. Sc.*, juillet.)

Branchies. — Arcs branchiaux chez l'homme, par Quénu. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Kyste branchial siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille, par Chapotot. (*Lyon méd.*, p. 48, 9 mai.)

Bronche. — Des ruptures bronchiques sans fractures de côtes ou indépendantes de ces fractures dans les traumatismes du thorax, par Knœpfler. (In-4°. *Nancy.*)

Brûlure. — Deux cas de brûlures étendues, par Lauenster. (*Soc. méd. de Hambourg*, 23 mars.)

C

Cadavre. — L'irritabilité musculaire et la rigidité cadavérique, par Herzen. (*Semaine méd.*, 24 nov.) — Recherches expérimentales paraissant démontrer que la rigidité cadavérique dépend d'une contracture, c'est-à-dire d'un acte de vie des muscles commençant ou se continuant après la mort générale, par Brown-Séquard. (*Acad. des Sciences*, 18 oct.) — Recherches expérimentales, montrant que la rigidité cadavérique n'est due ni entièrement, ni même en grande partie, à la coagulation des substances albumineuses des muscles, par Brown-Séquard. (*Acad. des Sciences*, 11 oct.)

Cancer. — Le cancer, discussion à la Société pathologique et clinique de Glasgow. (*Glasg. med. journ.*, n^os^ d'avril, mai, juin, juillet.)

Cellule. — Prolifération de la cellule par kariokynèse, par Gilis. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Contribution à l'étude de la kariokynèse, par Paladino. (*La Riforma med.*, 7 juin.) — Sur les formes de division des noyaux et des cellules en 3 ou 4 cellules par kariokynèse, par Cornil. (*Soc. anat.*, 11 juin.) — Recherches sur la structure, les manifestations vitales et les réactions des cellules animales et végétales, par Frommann. (*Ienaische Zeitsch. f. Naturw.*, t. XVII.)

Cerveau. — Structure du cerveau, par Luys. (*L'Encéphale*, n° 5.) — Anatomie, physiologie et pathologie de l'écorce cérébrale, par Goldstein. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 7.) — Substitution réciproque de l'activité cérébrale, par Dani-

LEWSKY. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — Excitabilité des centres moteurs, par BEKHTERIEFF. (*Ibid.*, II, 2.) — Sur la fonction des couches optiques chez les animaux et chez l'homme, par BECHTEREW. (*Viestnik.nevropath.psychi.*, t. IV, p. 91.) — Actions d'arrêt ou d'inhibition, par RODET. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Sur la persistance des phénomènes instinctifs et des mouvements volontaires chez les poissons osseux après l'ablation des lobes cérébraux, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 11 oct.) — Expériences sur le cerveau des oiseaux, par CH. RICHET. (*Soc. de Biologie*, 29 juin.) — Sur l'hyperthermie consécutive aux lésions du cerveau, par CH. RICHET. (*Ibid.*, 29 juin.) — Ablation des centres psycho-moteurs; conservation des facultés motrices, chez le chien, par E. DUPUY. (*Ibid.*, 5 juin.) — Sur l'ablation du cervelet chez le chien. (*Ibid.*) — Expériences qui tend à démontrer que les courants électriques appliqués à la surface des points appelés psycho-moteurs agissent sur d'autres parties de l'encéphale à l'exclusion de ces centres. (*Ibid.*) — Note sur le poids du cerveau chez les sujets à crâne métopique, par CH. FÉRÉ. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Altération de la sensibilité à la suite de lésions des centres appelés psychomoteurs, par DUPUY. (*Ibid.*, 30 oct.) — Hémicrânie, encéphale trilobulaire et schistoprosopus, par L. HEYDENREICH. (*Arch. f. path. An. u. Phys C.*, 2, p. 241.) — Observation d'anophtalmie avec hernies bilatérales congénitales du cerveau, par RADZISZEWSKI. (*Progrès médical*, 7 août.) — Un cas particulier de hernie du cerveau, par MILLER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 3.) — Hernie du cerveau traitée avec succès par un obturateur en argent, par MACLAREN. (*Lancet*, 20 mars.) — Amyélencéphalie partielle, par LASKOWSKI. (*Revue méd. Suisse romande*, V, p. 747.) — Fait pour servir à l'histoire des localisations fonctionnelles du cerveau, par HOMÈN. (*Arch. de neurol.*, XII, p. 204.) — Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par ANDRÉ. (*Broch. Toulouse.*) — De l'athétose, notes sur sa pathologie, par HAMMOND. (*N. York Acad. of med.*, 8 oct.) — De l'aphasie et de ses formes, par G. BANTI, (*Broch. Florence.*) — Aphasie consécutive à une blessure de l'orbite gauche par instrument piquant, par POPE et GODLEE. (*Lancet*, 19 juin.) — Aphasie après une blessure de la tête; conservation de la faculté de compter, par VOLLAND. (*Münchener med. Woch.*, 26 janvier 1886.) — Hémiatrophie cérébrale avec imbécillité consécutive et hémiplégie (Étude clinique et anatomo-pathologique), par ROSCIOLI. (*Il manicomio*, n° 1, p. 57.) — Contribution à l'étude de l'amblyopie et de l'hémianopsie d'origine cérébrale, par JOUFFREAU. (*Thèse Montpellier*, n° 26.) — Aphasie ataxique causée par une hémorragie du centre de la parole à gauche, par MARAGLIANO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 57.)— Hémorragie intraméningée, par ARTHUR CLEMOW. (*Brit. med. journ.*, p. 450, septembre.) — Foyer de ramollissement multiple chez une femme de 71 ans, kyste de la couche optique, par HEBOLD. (*Arch. f. Psych.*, XVI, p. 547.) — Abcès du cerveau consécutif à une périostite orbitaire, par C. RENTON. (*Ophthalm. Review*, juillet, août.) — Abcès du cerveau dans le cours d'une phtisie pulmonaire, par ROUSSEL. (*Progrès médical*, 17 juillet.) — Des lésions chirurgicales du cerveau et de ses enveloppes, par SENN. (*Med. News*, 28 août.) — Plaie de la tête par balle de pistolet, abcès du cerveau; autopsie, par R. WHITMAN. (*Boston med. journ.*, 25 février, p. 170.) — Plaie du cerveau par la pénétration d'un petit cylindre (tin pea-shooter, jouet d'enfant pour lancer des pois) à travers l'orbite, par CASEY WOOD. (*Montreal med. chir. soc.*, 24 sept.) — Plaie du cerveau par arme à feu; balle ayant traversé les lobes antérieurs de part en part, extraite par la fosse temporale opposée; guérison, par ASTLEY BLOXAM. (*Lancet*, 25 févr.) — Un cas de tumeur de la glande pinéale, par H. REINHOLD. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 1.) — Sarcome du lobe frontal gauche caractérisé par des troubles intellectuels

et de la contracture des membres inférieurs, par Hebold. (*Arch. f. Psych.* XVI, p. 547.) — Gliosarcome du cerveau, épilepsie, par Hebold. (*Arch. f. Psych.*, XV, p. 800.) — Gomme du corps strié droit, avec double névrite optique. Autopsie, par O. Moore. (*New York med. journ.*, 1er mai.) — Encéphaloïde de la couche optique, par Rousseau. (*L'Encéphale*, n° 5.)

Cervelet. — Sur la dégénérescence consécutive à l'extirpation totale ou partielle du cervelet, par Marchi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 67.) — Hémorragie de l'hémisphère gauche du cervelet, contracture des membres supérieurs et inférieurs gauches, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, par Reboul. (*Soc. anat.*, 25 juin.)

Césarienne (Op.) — La mortalité élevée des dernières opérations césariennes aux États-Unis; une observation, par Parish. (*Americ. gyn. Soc.*, 23 sept.) — La mortalité progressivement croissante des opérations césariennes aux États-Unis, par Robert Harris. (*Med. news.*, 16 oct.) — Crâniotomie et opération césarienne, par J. Kinkead. (*Brit. med. journ.*, p. 625, oct.) — Rétrécissement du bassin par glissement vertébral, opération césarienne avec issue favorable pour la mère et l'enfant, par Thomas. (*Ann. de gynécol.* sept.) — Nouveaux cas d'opération césarienne par la méthode de Sänger, par Harris. (*Med. news*, 18 sept.) — L'opération césarienne perfectionnée, par Garrigues. (*Americ. journ. of obstet.*, oct.) — Opération césarienne, méthode de Sänger, par Fasola. (*Gazz. d. Cliniche*, n° 24.) — Observation d'opération césarienne, par Jenks. (*Amer. Gynec. transact.* X.) — Opération césarienne et céphalotripsie, par Pajot. (*Gaz. des hôp.*, 16 sept.) — Amputation césarienne utéro-ovarique dans un cas de bassin ostéomalacique, par Brachini. (*Lo sperimentale*, sept.) — Opération de Porro au Japon par Osnori et Ikeda. (*Berl. klin. Woch.*, 12 oct. 1885.)

Chancre. — Du chancre simple, complication et traitement, par Maurice. (*Semaine méd.*, 13 oct.) — Nature du chancroïde, par Simes. (*The Polyclinic*, IV, p. 36, août.)

Charbon. — Leçons sur le charbon, par Straus. (*Progrès médical*, 19-26 juin.) — Note sur l'action de la lumière solaire sur les spores du bacillus anthracis, par I. Straus. (*Soc. de biologie*, 6 nov.) — Sur un cas de pustule maligne non transmise de la mère au fœtus, par Morisani. (*Il morgagni*, août.) — Deux cas de pustule maligne, par Foster. (*The polyclinic*, IV, p. 44, août.) — Action des moyens désinfectants sur la contagion de la pustule maligne, par Woronzoff, Winogradoff et Kolesnikoff. (*Russkaïa med.*, nos 3 et 32.) — Traitement de la pustule maligne, par Indutnji. (*Russkaïa med.*, n° 26.) — Idem, traitement par le sublimé, par Slesarewskji. (*Ibid.* n° 30.)

Cheveux. — Recherches expérimentales sur l'étiologie de l'alopecia areata, par Joseph. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — Quatre cas d'alopécie totale persistante, par Nieden. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mai.) — Note sur trois cas d'alopécie rapide et complète, par Tyson. (*Lancet*, 20 févr.)

Chimie. — Pourquoi les éléments de la matière vivante ont-ils des poids atomiques peu élevés, par Errera. (*Malpighi*, I, n° 1.)

Choléra. — Coup d'œil sur l'épidémie actuelle de choléra en Europe, par Mahé. (*Ann. d'hyg.*, nov.) — Quelques considérations sur le pronostic du choléra épidémique, par Camoin. (*Thèse Montpellier.*) — Études sur l'étiologie du choléra asiatique, par Weichselbaum. (*Wiener med. Blätter*, 21 octobre.) — Étude des lazarets du Piau de Latte et de Nice pendant

l'épidémie de choléra de 1886, par Gimbert. (*Union médicale*, 15 août.) — La bactérie du choléra asiatique, par Klein. (*The practitioner*, oct.) — Influence de la dessiccation et de la température sur l'activité vitale du bacille virgule de Koch, par Lenevitch. (*Vratch*, n° 8.) — Recherches sur le choléra, par Nicati et Rietsch. (In-8°. *Paris*.) — Relation d'une épidémie de choléra survenue en décembre 1885, à bord du navire *la Dorunda*, par M. R. Cornish. (*Brit. med. journ.*, p. 577, sept.) — Du choléra au point de vue étiologie ; prophylaxie et thérapeutique, par Kapper. (*Viener klinik*, n° 5.) — Etudes sur le choléra, par Cattani. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 77.) — Du choléra chez la femme enceinte, par Imbert. (*Thèse Montpellier.*) — Étude du choléra de 1884, à l'asile d'aliénés de Montdevergues, par Fauriel. (*Thèse Montpellier.*) — Prophylaxie rationnelle du choléra, revue. (*La Riforma med.*, 31 août.) — Sur la pathologie et le traitement du choléra asiatique, par Maragliano. (*Il morgagni*, juillet.) — Technique des injections intra-veineuses dans le choléra, par Manoel. (*Thèse Montpellier.*) — Études expérimentales sur le traitement du choléra, par Silva et Tassinari. (*La Riforma med.*, 28 sept.) — Traitement du choléra par les lavages gastro-intestinaux antiseptiques (sol. de thymol à 2 0/00), par Giordano. (*La Riforma med.*, 19 août.) — L'usage interne du soufre chez les aliénés pour la prophylaxie du choléra, par Zuccarelli. (*Il morgagni*, sept.) — La nature du choléra infantile et sa thérapeutique scientifique, par Herr. (*Therap. Gaz.*, 15 sept.)

Chorée. — Forme insolite d'hémichorée idiopathique chez un homme âgé, par Burani. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 7.) — Tumeurs pseudo-kystiques des plexus choroïdes chez un enfant atteint de chorée, par Roland ; examen de la tumeur, par Albaran. (*Soc. anat.*, 4 juin.) — Chorée aiguë grave pendant la grossesse; accouchement prématuré; guérison, par Pollock. (*Lancet*, 10 avril.)

Choroïde. — Sarcome de la choroïde, par Owen. (*British med. journ.*, n° 1312, p. 350.) — Scléro-choroïdite antérieure double, rhumatismale. Guérison par le salicylate de lithine, par Panas. (*France médicale*, 21 août.)

Cicatrice. — Anatomie de la kéloïde à son premier stade, par Radcliffe Crocker. (*Brit. med. journ.*, p. 544, sept.)

Cimetière. — Projet de création d'un nouveau cimetière à Boulogne-sur-Seine, par Brouardel. (*Ann. d'hyg.*, oct.)

Circulation. — De l'influence du système nerveux sur la circulation collatérale, par Stefani. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Du pouls rare et monocrote, par Alivia. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 73.) — Recherches expérimentales sur la physiologie normale et pathologique de la circulation splénique par rapport à la mégalosplénie, par G. Grégorescu. (*Soc. de Biologie*, 12 juin et 31 juillet.)

Climat. — Leysin et la cure alpine d'hiver, par Secretan. (*Rev. Suisse romande*, 15 sept.) — Arcachon, ville d'été, ville d'hiver, topographie et climatologie médicales, par Lalesque. (In-8°. *Paris.*) — Une visite à Davos, par Richardière. (*Semaine méd.*, 22 sept.)

Coca. — La coca et la cocaïne, leur action physiologique et thérapeutique, par Bianchi. (*Lo Sperimentale*, n° 8.) — La coca et la cocaïne, par Holmes. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Cocaïne, par P. Decaye. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, suppl. t. 40.) — De la cocaïne et de son emploi dans diverses affectations et opérations, par Burdel. (*Union médicale*, 1er août.) — De quelques effets thérapeutiques encore inconnus de la cocaïne en ophtal-

mologie, par Guaita. (*Bolletino della Soc. delle Sci. medi.* III, f. 10.) — De l'emploi de la cocaïne dans l'opération de la cataracte, par E. Frothingham. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 21 août. p. 203.) — De l'emploi de la cocaïne dans la circoncision, par Fessenden Otis. (*New York med. journ.*, 8 mai.) — Épithéliome de la langue opéré pendant l'anesthésie locale produite par la cocaïne, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.) — Anesthésie locale avec les injections de cocaïne, par Mugnai. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 35.)

Cœur. — Les anomalies de nombre des valvules du cœur et l'atavisme, par Martinotti. (*Gaz. d. cliniche*, sept.) — Note sur un cas d'ectopie congénitale du cœur chez un cobaye, et sur le tracé typique d'une révolution cardiaque comparé à celui de l'homme, par Laborde. (*Soc. de biologie*, 3 juillet.) — Contribution à l'étude du travail du cœur. Accroissement de l'amplitude et de l'énergie des battements du cœur à la reprise qui suit son repos momentané par arrêt diastolique, par Laborde. (*Soc. de biologie*, 24 juillet.) — Étude sur l'inhibition réflexe et indépendance du rythme cardiaque, par W. Mills. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — Variations électriques du cœur, par Waller et Reid. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — La pression du sang dans la cavité du cœur, par Magini. (*Bull. accad. med. di Roma*, n° 3.) — Méthode nouvelle pour apprécier l'énergie fonctionnelle du cœur droit, par W. Pasteur. (*Lancet*, 15 mai.) — Des anomalies numériques des valvules semi-lunaires du cœur, par Martinotti. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 octobre.) — Sur une anomalie rare de l'oreillette gauche (cordon tendineux allant du bord libre de la valvule mitrale à un repli falciforme situé au-dessus du trou ovale), par Sperino. (*Giorn della R. Accad. di med. di Torino*, p. 80.) — Du diagnostic des maladies du cœur, par E. Janeway. (*New York med. journ*, p. 679.) — De l'ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire, par Semmola. (*Acad. des sciences*, 6 sept.) — Endocardite ulcéreuse de l'orifice aortique, anévrisme valvulaire, anévrisme diffus du tissu cellulaire périaortique, hémopéricarde, par Despaigne. (*Soc. anat.*, 14 mai.) — Sur un cas d'endocardite végétante infectieuse des valvules mitrale et tricuspide, chez un tuberculeux mort de pneumonie, par Barié. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 juillet.) — Endocardite ulcéreuse; éruption cutanée anomale; mort, autopsie : nombreuses ulcérations emboliques de l'intestin, par Curnow. (*Lancet*, 24 avril.) — Un cas d'endocardite végétante aiguë des quatre orifices valvulaires, par Leucio. (*Gaz. d. cliniche*, juillet, n° 1.) — Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme, par Lancereaux. (*Uuion médicale* 27 juillet.) — Recherches sur l'étiologie de l'endocardite, par Fraenkel et Sanger. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 34.) — Du retard carotidien dans l'insuffisance aortique, par Roque. (*Thèse de Lyon*, n° 307.) — Contribution à l'étude de l'endocardite et de la myocardite parasitaires, par Bonome. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 124.) — Endocardite végétante, broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, par Roustan. (*Soc. anat.*, 11 juin.) — Hypertrophie du cœur, endocardite ancienne, péricardite, mort par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 5 oct.) — Congestion pulmonaire aiguë dans le cours d'une insuffisance aortique, traitée avec succès par la saignée, par J. West. (*Lancet*, 13 mars.) — De la sclérose et de la rétraction inflammatoire des valvules du cœur, par Hampeln. (*Zeit. f. klin. Med.* XI, 5 et 6.) — Contribution à l'étude de la péricardite rhumatismale, par Pequot. (*Thèse Montpellier*, n° 25.) — Déplacement du cœur à droite et hypertrophie du ventricule droit par adhérences pleurales totales par Alivia. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 70.) — Considérations sur la valeur compensatrice de l'hypertrophie du cœur, par Péhu. (*Thèse Montpellier.*) — De la dilatation du cœur droit chez les tuberculeux, par Liénard. (*Thèse de Paris*, 10 nov.) — Recherches sur le cœur sénile, par Hangholter. (*Thèse de Nancy*, 9 août.) — Rétrécissement mitral, par

Potain (*Semaine méd.*, 22 sept.) — Paralysie du cœur par sclérose des artères coronaires, par Poletika. (*Wratch*, n° 31.) — Des tumeurs du cœur, par Martinotti. (*Gazz. d. cliniche*, n° 14.) — Lipome primitif du cœur, par Banti. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Rupture spontanée du cœur, par Martucci. (*Raccoglit. med.*, juillet, n° 2.) — Sur les sutures dans les plaies du cœur, par Filipoff. (*Russkaïa med.*, n° 11.) — Deux cas de plaie du cœur, un de rupture de l'aorte. Mort par compression de cœur due à l'épanchement sanguin péricardique, par Schulte. (*Vierteljf. gerichtl. Med.*, p. 308, avril.) — Plaie du cœur par arme à feu, survie de quarante-deux heures, par Nicholson. (*Indian med. Gaz.*, mai.) — Bons effets de la caféine dans un cas de paralysie du cœur, par Dumas. (*Bull. Soc. de thérap.*, sept.) — Traitement de la péricardite par le salicylate de soude, par Samuel Abbot. (*Boston med. journ.*, 21 janvier, p. 49.

Conjonctive. — Granulome ulcéré et ulcérations tuberculeuses de la conjonctive, par Rampoldi. (*Annali di Ottalm.*, XV, 1, p. 63.) — La conjonctivite chrysophanique, par Trousseau. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 5, p. 105.) — De l'iodure d'argent à l'état naissant dans le traitement du catarrhe conjonctival, par Grasselli. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 33.) — Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire, par de Boito. (*Arch. d'opht.* VI, n° 4.) — Une épidémie de granulations conjonctivales dans un asile d'orphelins, par Alt. (*Amer. Journ. of ophthalm.*, III, n° 2, p. 23.)

Contagion. Contribution à l'étude expérimentale de la contagion, par Charrin. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 11.) — La théorie de l'immunité pour les maladies contagieuses, par Salmon. (*Americ. Assoc. for the advanc. of science, Buffalo*, août.) — Causes et traitement des maladies contagieuses, par S. H. Durgin. (*Boston med. journ.*, 28 janv., p. 74.)

Coqueluche. — Inhalations de chlorhydrate de cocaïne dans la coqueluche, par Garnett. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 9 oct.) — Sur la nature de la coqueluche et sur un nouveau traitement de cette affection, par Barlow, (*Lancet*, 8 mai.) — De l'acide phénique dans le traitement de la coqueluche, par Macdonald. (*Brit. med. journ.*, 31 juillet.) — La quinine dans le traitement de la coqueluche, par Lyon. (*Med. Record, New-York*, 28 août.) — Insufflations nasales de quinine dans la coqueluche, par Bachem. (*Cent. f. klin. Med.*, 12 juin.)

Cornée. — Des différentes variétés d'herpès de la cornée et d'ulcère rongeant herpétique, par Galezowski. (*Rec. d'ophtal*, n° 7.) — Observation de staphylome transparent de la cornée avec amaurose par pigmentation congénitale de la rétine, par Rampoldi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 36.) — Kérato-irido-desceméite, par Tansley. (*Amer. journ. of ophtalm.*, III, n° 4, p. 98.) — Contribution à l'étude de la kératite neuroparalytique, par Baudry. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 1. p. 69.) — Kyste dermoïde scléroticocornéen, par Franke. (*Soc. médic. de Hambourg*, 23 mars.) — Étude expérimentale de l'action du nitrate d'argent sur la cornée, par Crozat. (*Thèse de Lyon*, 14 mai.) — Emploi de l'eau chaude dans quelques inflammations de la cornée et de la conjonctive, par Fryer. (*Americ. Ophth. soc.*, 21 juillet.) — De l'emploi de l'ésérine dans les maladies des yeux et en particulier dans la kératite ulcéreuse, par Chancel. (*Thèse Montpellier.*) — Traitement de la kératite parenchymateuse grave, par Abadie. (*Arch. d'opht.*, VI, n° 4.) — Du traitement du staphylôme conique par une excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée, par Galezowski. (*Rec. d'ophtalm.*, n° 6.). — Cornée artificielle, par E. Martin (*Recueil d'ophtalmologie*, III, n° 2, p. 95).

Corps étrangers. — Corps étranger du canal de Wharton, grain d'oseille, par Wertheimer. (*Bull. méd. du Nord.*, déc. 1885.) — Deux corps étrangers dans l'iris et dans l'humeur vitrée. Guérison, par Rolland. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux,* 12 septembre.) — Sangsue implantée dans l'arrière-gorge, par Cortial. (*Arch. de méd. militaire,* 1er août.) — Bronchite consécutive à l'aspiration d'un fragment d'os dans la bronche droite, par Mader. (*Med. chir. Cent. Vienne*, nº 31.) — Bougie nouée en forme de rosette simple en arrière d'un rétrécissement, par Locquin. (*Lyon méd.*, 17 oct.) — Corps étrangers du vagin, par Ibankoff (*Wratch*, nº 41, 1885.)

Cou. — De l'ablation des tumeurs profondes du cou, par Barker. (*Lancet*, 29 mai.)

Couleur. — Sur une réaction permettant de différencier les matières colorantes dérivées de la houille des matières colorantes d'origine végétale, par Blorez et Denigès. (*Bull. Soc. de pharm.*, *Bordeaux*, mai.) — Loi de transmission de la lumière par les dissolutions colorées. Son application analytique, par Malosse. (*Thèse Montpellier.*)

Crâne. — Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques, par Luys. (*Union médicale*, 4 novembre.) — Études sur les malformations précoces du crâne, par Julius Fridolin. (*Arch. f. path. An. u. Phys. C*, 2, p. 266.) — Étude sur les fractures du crâne par armes à feu, par Bergmann. (59e *Cong. des natur. allem. Cent. f. Chir.*, nº 45.) — Fracture de la base du crâne, suivie de névrite optique; guérison, par Jackman. (*Lancet*, 10 avril.) — Deux cas de fracture compliquée de la voûte crânienne avec enfoncement des fragments; trépanation; guérison, par Drew. (*Lancet*, 8 mai). — Fracture du crâne et contusion du cerveau, par contre-coup, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 sept.) — Plaie pénétrante du crâne, perte de substance cérébrale, hémiplégie droite, aphasie (enfant de 9 ans), par Chambard-Hénon. (*Lyon méd.*, 7 nov.) — Etude sur 143 cas d'hémorragie intra-crânienne, par H. Formad. (*New York med. Journ.*, p. 670.) — Troubles psychiques consécutifs à une blessure du crâne par arme à feu; ponction aspiratrice d'un kyste du cerveau; guérison, par C. Mac Donald. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 433.) — Sarcome myélogène du crâne implanté sur la dure-mère, par Casell.. (*La riforma med.*, 31 août.)

Crémation. — La crémation devant l'histoire, la science et le christianisme, par de Hornstein. (In-8º, 451 p., *Paris.*) — La sépulture opposée à la crémation, par G. Hay. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.)

Crétinisme. — Fœtus avec troubles de développement du crâne et de squelette dus au crétinisme, par P. Grawitz. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys. C*, 2, p. 256.)

Criminel. — Caractères spéciaux des divers délinquants, par Marro. (*Arch. di psychiatria*, VII, nº 4.)

Cristallin. Des variations de forme du cristallin à l'état pathologique, par Bertrand. (*Thèse de Lyon*, nº 308.) — Production artificielle de la cataracte, par Bouchard. (*Rev. clin. d'ocul.*, juillet.) — Absence congénitale bilatérale des vaisseaux rétiniens avec cataracte postérieure bilatérale congénitale, par Denti. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, nº 32.) — De la coïncidence de cataracte et de néphrite, par Rothziegel. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, nº 30.) — Relations de la cataracte avec la néphrite, revue. (*La riforma med.*, 14 sept.) — Recherches expérimentales pour servir à l'étude

de la cataracte traumatique, par Boé. (*Arch. d'opht.*, VI, nº 4.) — Cataractes capsulaires, par Galezowski. (*Progrès médical*, nº 17, p. 349.) — Trois cas de résorption spontanée de cataracte sénile avec capsule saine, par Brettauer, (*Boll. d'oculist.*, VIII, nº 12.) — Luxation spontanée du cristallin, par Faucheron. (*Rec. d'ophtalm.*, juillet.) — Luxation du cristallin sous la conjonctive, par Falchi. (*Annali di ottalm.*, XIV, f. 4.) — Deux cas de traumatisme oculaire avec luxation partielle du cristallin, par Randall. (*Americ. Ophth. soc.*, 21 juillet.) — Remarques pratiques sur l'opération de la cataracte, par Critchet. (*Lancet*, 15 mai.) — Leçon clinique sur la cataracte, par Jeaffreson. (*Lancet*, 6 et 13 mars). — Opération de cataracte sur un aliéné, par Bickerton. (*Lancet*, 20 fév.) — Deux cataractes molles opérées par aspiration, par Dujardin. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, août.) — Opération de la cataracte, pansement avec la gélatine antiseptique, par Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 4.) — Opération de cataracte sans iridectomie, par Knopp. (*Americ. Opht. soc.*, 22 juillet.) — 263 cas d'opération de cataracte avec notes sur le traitement consécutif, par Strawbridge. (*Americ. Ophthalm. soc.*, 21 juillet.) — Instructions générales pour l'opération de la cataracte, par Galezowski. *Recueil d'ophtalm.*, nº 4, p. 193.) — Les indications de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, par Chibret. (*Arch. d'opht.*, VI, nº 4.) — Étude sur l'extraction de la cataracte, par Bettremieux. (*Arch. d'ophtalm.*, nº 3, p. 268.) — Accidents après l'opération de la cataracte, par Cuignet. (*Recueil d'ophtalm.*, nº 5, p. 257.) — L'extraction de la cataracte, vingt-cinq années de son histoire, par Varlomont. (*Ann. d'oculist.*, XCV, p. 5.) — Du traitement de la cataracte pendant ces quinze dernières années à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par Cuche. (*Thèse de Lyon*, 21 mai.) — Note sur deux cas d'accidents après l'opération de la cataracte. Emploi des injections du sublimé. Guérison, par de Britto. (*Union médicale*, 21 octobre.)

Cysticerque. — Cysticerques du cerveau et de la moelle, par Hebold. (*Arch. f. Psych.* XV, p. 800.)

D

Daltonisme. — La vision des couleurs, ses altérations au point de vue du service des chemins de fer, par Prismarini. (In-8º. *Florence*.) — Pronostic du daltonisme, par Favre. (*Lyon méd.*, p. 386, 18 juillet, et *Arch. d'opht.*, VI, nº 3.) — Nouvelle série de laines pour la recherche scientifique du daltonisme, par Oliver. (*Med. News*, 11 septembre.)

Démographie. — Réformes sociales et natalité, par Guyau. (*Rev. scientif.* 18 septembre.) — La longévité en Grèce, par Ornstein. (*Arch. f. path., Anat.*, *Band Cl.*)

Dent. — Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, par Quincerot. (In-18. *Paris.*) — Développement des dents des mammifères, par Canalis. (*Gaz. d. Cliniche*, nº 6, août.) — Note sur le système dentaire de quatre suppliciés, par Galippe. (*France médicale*, 24 août.) — Douleurs dentaires et thérapeutique dentaire, par Miller. (*Deutsche med. Woch.*, nº 25, p. 429.) — L'action destructive du perchlorure de fer sur les dents, par Weld. (*Americ. journ. of dental science*, août.) — Réimplantation de dent, par Grevers. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 24 juillet.) — De la transplantation des dents, par J. Marshall. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, p. 29, 10 juillet.)

Dengue. — Recherches sur l'étiologie de la dengue, par MAC LAUGHLIN. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, p. 673, 19 juin.) — Relation d'une épidémie de fièvre dengue observée à Nouméa, septembre 1884, avril 1885. (*Thèse Montpellier*, nº 28.)

Désinfection. — Nouvelles expériences sur la désinfection des habitations privées ou publiques à l'aide de l'acide sulfureux, et sur l'action de cet agent sur les effets meublants, par AUBERT. (*Bull. de thérap.*, 15 mai.) — L'odeur cadavérique et l'essence de térébenthine, par LOUGE. (*Gaz. des hôp.*, 17 août.)

Diabète. — De la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales, par REDARD. (*Rev. de chir.*, 10 août, *et Gaz. des hôp.*, 9 octobre.) — Du diabète, marche, complications et traitement, par HARDY. (*Semaine méd.*, 1er septembre.) — Sur le diabète sucré, formes permanente et passagère, par DUPUIS. (*Canadian Med. Assoc.*, 18 août.) — Diabète sucré, cancer de l'épiploon, accidents d'étranglement intestinal, par MERLEY. (*Lyon méd.*, 15 août.) — Diabète et fibromes multiples chez une femme de 83 ans, par MONOD. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 6 octobre.) — Un cas de diabète pendant la grossesse, par EMERSON WARNER. (*Boston med. Journ.*, p. 436, 13 mai.) — Deux cas de diabète sucré, par BERT. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'opération du phimosis chez les diabétiques (2 opérations sans accidents), par FRANCON. (*Lyon méd.*, 24 octobre.) — Des affections oculaires dans le diabète sucré, par PILLOT. (*Thèse de Bordeaux*, mai.) — Du régime alimentaire dans le diabète, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. thérap.*, 15 novembre.) — Sur la substitution de la pomme de terre au pain de froment et au pain de gluten dans l'alimentation des diabétiques, par BRONGNIART. (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.) — A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme diabétiques, par COIGNARD. (*Union médicale*, 20 novembre.)

Diphtérie. — Une épidémie de diphtérie, par BERNARD. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — De la diphtérie épidémique dans le canton de Zurich, et recherches sur la trachéotomie, par NEUKOMM. (In-4°. *Leipzig.*) — De la diphtérie au point de vue étiologique et pathogénique, par OBTULOWICZ. (*Przeglad lekarski*, n. 3 et suiv.) — Le transport de la diphtérie par un intermédiaire bien portant est-il possible? par O. MALM. (*Norsk. Magazin for Lägevidenskaben*, p. 434.) — De la diphtérie consécutive à la rougeole, par RENAULT. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Bégaiement disparu après une amygdalite diphtéritique, par VASSILIEFF. (*Russkaïa med.*, nº 11.) — Sur un cas de diphtérie primitive de la cavité naso-pharyngée, à propos de la prétendue analogie entre la diphtérie et la scarlatine, par TRIFILETTI. (*Arch. ital. di laringol.*, VI, 1 et 2.) — L'inhibition du cœur dans la diphtérie, par GAIRDNER. (*Canadian med. Assoc.*, 18 août.) — Trois cas de paralysie généralisée, suite de diphtérie, par LAACHE. (*Norsk. Mag. for Lägevid.*, février.) — Étude de cent cas de paralysies oculaires post-diphtéritiques, par REMAK. (*Centralbl. f. prak. Augenheilk.* juin.) — Sur le traitement de la diphtérie, par BRONDEL. (*Bull. thérap.*, 15 novembre.) — De la trachéotomie dans la laryngite membraneuse, par BELL. (*Canadian med. Assoc.*, 18 août.) — Insufflation d'iodoforme dans la trachée après la trachéotomie pour la diphtérie, par SHIRRES. (*Lancet*, 26 juillet.) — Traitement de la diphtérie de la gorge, par FOCKE. (*Cent. f. klin. Med.*, nº 35.) — Du traitement de la diphtérie, par DE LASKIE MILLER. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, p. 3, 3 juillet.) — Nouveau traitement de la diphtérie, par PAULY et MONDOT. (*Semaine méd.*, 1er septembre.) — Sur un cas de diphtérie traité par les inhalations médicamenteuses, par COUETOUX. (*Bull. thérap.*, 15 septembre.)

Dysenterie. — Épidémie de dysenterie observée à Ninh-Binh, par Boulle. (*Thèse de Paris*, 11 novembre.)

E

Eau. — Quelques recherches récentes sur les bactéries dans l'eau potable, par T. Smith. (*Med. News*, 9 oct.) — Les eaux des puits artésiens, de rivière, de sources et de pompes d'Hambourg et de ses environs, par Niederstalt. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, p. 379, avril.) — Les eaux de Saint-Pétersbourg, leur analyse bactériologique, par Kolokoloff (*Diss. inaug. Saint-Pétersbourg.*) — L'altération des cours d'eau au point de vue de la police sanitaire, par Hensgen. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.* p. 354, octobre.) — Des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables, par Cahen. (*Thèse de Nancy*, 5 août.) — Rapport sur un projet de dérivation des sources de la Vigne et de Verneuil pour l'alimentation de Paris, par Riche. (*Journ. de Pharm.* 1er oct.) — De la purification des eaux au moyen du fer, par G. Richou. (*Génie civil*, 7 août.) — L'analyse des eaux par Martin. (*Gaz. hebd. de méd.* 10 sept.) — Étude expérimentale sur l'action thermique de l'eau froide en applications hydrothérapiques, par Couette. (*Lyon méd.* 13 juin.) — Quelques-uns des effets physiologiques et thérapeutiques de l'eau à des températures différentes, particulièrement dans la pratique obstétricale et gynécologique, par R. Milne Murray. (*Edinb. med. Journ.* août, p. 131 et 215.)

Eaux minérales. — Sur la composition des eaux de Bagnères-de-Luchon, par Willm. (*Acad. des sciences*, 16 août.) — Les eaux du Mont-Clémens, Michigan, dans la leucorrhée, par Shotwell. (*Ther. gaz.* 14 août.) — Sur la flore microscopique des eaux sulfureuses par Olivier. (*Acad. des scienc.* 27 sept.) — Les eaux sulfureuses thermales des Pyrénées, leurs vertus, leurs dangers, par Farges. (In-18°. *Paris.*) — De la présence constante de micro-organismes dans les eaux de Luchon, recueillies au griffon à la température de 64° et de leur action sur la production de la barégine, par Certes et Garrigou. (*Acad. des sciences*, 18 oct.) — Étude clinique sur les eaux d'Euzet, par Perrier. (*Broch. Nîmes.*) — Des affections cardiaques d'origine rhumatismale traitées aux eaux d'Aix-les-Bains, par Le Blanc. (In-8, 53 p. *Paris.*) — De la surveillance des sources d'eaux minérales au point de vue de la police sanitaire, par Ernst Lehmann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med. p.* 366, avril.) — Dax pittoresque et thermal, guide du médecin et du malade, par Barthe de Sandfort. (In-8°. *Paris.*) — Étude sur la composition des eaux minérales de Vichy, par Mallet. (*Broch. Vichy.*) — Les eaux de Teplitz dans la sciatique, par Eberle. (*Broch. Prague.*)

Éclampsie. — Étiologie de l'éclampsie, par Milowsorow. (*Russkaïa med.*, n° 22.) — Un cas d'éclampsie, par Dameron. (*Progrès médical*, 30 octobre.) — Éclampsie au 7e mois de la grossesse chez une multipare. Guérison de la mère. Mort de l'enfant 48 heures plus tard, par Budin. (*Progrès médical*, 11 septembre.) — Du nitrite d'amyle dans l'urémie convulsive puerpérale par Passerini. (*Gaz. d. Ospit.* n° 31.) — Nouveau cas d'éclampsie gravidique traité avec succès par les injections sous-cutanées de pilocarpine, par Horrocks. (*Lancet*, 3 avril.) — Éclampsie puerpérale traitée par la pilocarpine, par Murphy. (*Lancet*, 29 mai.)

Eczéma. — Des eczémas et de leur traitement par les eaux minérales, par

Descays. (*Thèse Montpellier*, nº 30.) — De l'eczéma, par Quinquaud. (*Tribune méd.* 19 sept.)

Électricité. — Éléments d'électrothérapie, par Watteville. (In-8º, *Vienne.*) — Nouvel appareil pour l'électro-diagnostic, par Gartner. (*Wien med. Jahrb*, p. 161.) — De l'emploi combiné de l'électricité et des anesthésiques, par Lumbroso et Matteini. (*La Riforma med.* 6 juillet.) — Électricité (nouvelles applications), par P. Decaye. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat. suppl.* t. 40.) — Des opérations électrolytiques avec présentation d'instruments par Voltolini. (59e *Cong. des natur. allem.*, *Monats. f. Ohrenh*, nº 10.) — Le nouveau galvanomètre de Reiniger, par Eulenburg. (*Deustche med. Woch*, nº 26, p. 449.) — Sur les contractions déterminées par les courants de polarisation des tissus vivants, par Onimus et Larat. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — Actions électriques dans la glande sous-maxillaire, par Bradfort. (*Journ. of Physiol.* VII, 2.) — Sur la détermination de la forme électro-motrice du courant nerveux ou musculaire avec des électrodes impolarisables, mais non homogènes, par Mendelssohn. (*Gaz. des hôp.*, 12 août.) — Phénomènes électriques dans la peau de la grenouille, par Baylin et Bradford. (*Journ. of the Physiol*, VII, nº 3.) — Dosage des courants galvaniques en électrothérapie, par Stein. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — Sur la résistance électrique du corps humain, par Dubois. (*Rev. Suisse romande*, 15 oct.) — Contribution à l'étude de l'action polaire des courants continus sur les vaisseaux sanguins, par Balp. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 310.) — De l'électrolyse dans la chirurgie gynécologique, par Baker. (*Americ. gyn. soc.* 23 sept.) — De l'électricité dans la pratique gynécologique par Englemann (*Americ. gyn. soc.* 22 sept.) — De l'électrolyse en gynécologie, par Franklin, H. Martin. (*Journ. of Amer. Assoc.* 17 juill., p. 61.) — De la galvano-puncture chimique en gynécologie, par Apostoli. (*Union médicale*, 1er octobre.) — De l'emploi du galvano-cautère dans les affections de la prostate, de la vessie et de l'urètre, par Rob. Newman. (*Journ. of Amer. assoc.*, p. 226, 8 août.) — Accident causé par une lampe électrique, par G. Buchanan (*Lancet*, 13 févr.)

Éléphansiasis. — Éléphantiasis de la main, amputation, guérison par Hoyer (*Buffalo med. and. surg journ.* mai.) — Éléphantiasis par Brassac. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re sèrie, XXXIII.) — Éléphantiasis des grandes lèvres; excision; guérison, par H. Raymond. (*Am. Journ. of the med. sc.* juillet.)

Embolie. — Embolie, par F. Raymond. (*Dict. encycl. des sc. médicales*, XXXIII, 1re série.)

Embryon. — De l'incubation de l'œuf humain, par Schatz. (*Arch. f. Gynäk.* XXIX, 1.) — Recherches sur l'évolution de l'embryon de la poule lorsque les œufs sont soumis à l'incubation dans la position verticale, par Dareste. (*Acad. des sciences*, 18 oct.) — Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés, par Assaky. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Double embryon, dans un seul blastoderme, par Legge. (*Riv. clin. di Bol.* nº 3.) — Embryon, par Tourneux et G. Hermann (*Dict. encycl des sc. méd.* XXXIII, 1re série.) — Œuf de la 14e semaine de la grossesse montrant une grossesse gémellaire, avec un placenta, un chorion, un amnios et deux embryons masculins, par Jaggard. (*Gyn. soc. of. Chicago*, 20 août.)

Empoisonnement. — De l'empoisonnement chronique par le thé, par W.-N. Bullard. (*Boston med. journ.* 8 avril, p. 314.) — Un cas d'empoisonnement par la strychnine, avec une analyse de la poudre vermifuge de Killer. (*Edinb. med. Journ.* p. 42, juillet.) — Empoisonnement par le

baume de chanvre indien, par Seifert. (*Munchener med. Woch.*, n° 20.) — Empoisonnement par l'essence de camphre, par East. (*Brit. med. Journ.* p. 542, mars.) — Empoisonnement par l'aniline à Bâle, par Bruhat. (*Journ. de pharm.*, 15 juin.) — Empoisonnement par l'opium chez un enfant; guérison par l'atropine, par Ssemtschenko. (*Wratch*, n° 29.) — De l'uréthane dans l'empoisonnement par la strychnine, par Anrep. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 36.) — Empoisonnement par l'huile de paraffine, guérison par Vincent. (*Brit. med. Journ.*, p. 543, mars.) — Un cas d'empoisonnement par le bisulfure de carbone, par Thos H. Brice. (*Edinb. med.*, p. 140, août.) — Empoisonnement par l'huile de succin, par Seydel. (*Viertelj. für gerichtl. Med.*, XLIII, 265.) — Pseudo-tabes par empoisonnement arsénical, par Dana. (*Americ. neurol. assoc.*, 21 juillet.) — Du cathétérisme du canal de Sténon dans le traitement du mercurialisme, par Scarenzio (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mars, avril.) — Cas d'empoisonnement chronique par le plomb, avec épilepsie et folie, par William L. Ruxton. (*J. of mental science*, p. 385, octobre.) — Deux cas d'intoxication phéniquée par absorption pulmonaire, par Hischmann. (*France médicale*, 17 août.) — De l'intoxication mercurielle par l'usage des cartouches au fulminate de mercure, par Léon Faucher. (*Revue d'hyg.*, VIII, p. 572.) — Accidents d'intoxication consécutifs à un pansement avec le sous-nitrate de bismuth, par Dalché. (*Ann. d'hyg.*, oct.) — De l'empoisonnement par l'iodoforme, par Eldridge G. Cutler. (*Boston med. Journ.*, vol. 115, n°s 4 et 5.) — Mort par l'iodoforme en pansement dans une carie de l'apophyse mastoïde, par Kukn. (*Berl. klin. Woch.*, 7 déc. 1885.) — Des lésions intestinales dues à l'action du sublimé, par Charrin et G.-H. Roger (*Soc. de biologie*, 10 juillet.) — Taille sus-pubienne, extraction d'un gros calcul, empoisonnement par le pansement au sublimé, par Belfield. (*Med. rec. N. York*, août.) — Du mercurialisme aux mines d'Idria, par Baaz. (*Wien. med. Presse*, n° 22 et suiv. p. 711.) — Empoisonnement par l'acide oxalique; oligurie et néphrite aiguë consécutive; guérison, par Bailey. (*Lancet*, 20 févr.)

Enchondrome. — Enchondrome du fémur, amputation, généralisation de la tumeur dans le poumon et dans le cœur, par Vergely. (*Lyon méd.* 10 oct.)

Enfant. — Formulaire magistral pour les maladies des enfants, par Maurin. (2e édit., in-16, 440 p. *Paris.*) — Recherches sur la mortalité dans la 1re année des enfants allaités par les mères de la campagne bolognaise par Berti. (*Boll. d. sc. med.*, *Bologne*, juin.) — La protection des enfants mis en nourrice ou en pension, par Nath. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, octobre.) — Études biologiques sur les modifications qui suivent immédiatement la naissance, par A. Bouchard. (In-8°, *Bordeaux.*) — Sur les variations de poids dans l'enfance, envisagées spécialement dans les maladies fébriles, par Laffage. (*Thèse de Lyon*, 29 mai.) — Le développement des sens chez l'enfant, par de Varigny. (*Rev. scientif.*, 25 sept.) — Lepto-méningite chez l'enfant, par L. Carroll. (*N.-York state med. Assoc.* 12 oct.) — Action de la thalline dans la méningite simple des enfants, par Philippow. (*Russkaïa med.* n° 30.) — Tubercule du pédoncule cérébral chez un enfant, par Mendel. (*Berl. klin. Woch.*, 20 juillet 1885.) — De l'épilepsie corticale chez l'enfant, par Unger. (*Wiener med. Blätter*, n° 40.) — Les hallucinations chez fes enfants, par Bouchut. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — De la tuberculose de la première enfance, par Flesch. (*Jahrb. f. Kinderh.* XXIV, 3.) — Étude sur la bronchite chronique des enfants, par Comby. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Broncho-pneumonie, otite et méningite chez un enfant de six mois. Guérison, par D.-B. Lees. (*The Practitioner*, août.) — Deux cas de pneumothorax chez des enfants de 16 mois, par Sevestre.

(*Arch. de Tocol.* 30 sept.) — De la thrombose cardiaque dans l'enfance, par Sanné. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, oct.) — De la térébenthine dans les affections douloureuses des organes digestifs des enfants, par Belford Brown. (*Journ. of Amer. assoc.* 25 sept., p. 344.) — De la diarrhée infantile et de son traitement, par Havers. (*Arch. of pediatrics*, juillet.) — Remarques sur le traitement des gastro-entérites estivales des enfants, par Musser. (*Therap. Gaz.* 15 juillet.) — De la cirrhose du foie chez les enfants, par Hébrard. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) — Sarcome multiple chez un enfant de 5 ans, par Widowitz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 3.) — De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants, par Moncorvo. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars et avril.) — Du phimosis chez les enfants par G. Hett. (*Lancet*, 27 févr.) — Litholapaxie chez un enfant de dix ans, par Walsham. (*Lancet*, 17 avril.) — Calcul phosphatique chez un enfant soumis à l'usage du phosphate de chaux, par Arnozan. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 sept.) — Deux cas de taille chez les enfants, par Hortolès, (*Montpellier méd.*, juillet.)

Épidémie. — Influence des climats, localités, races sur les épidémies et les endémies, par Vidal. (*Thèse de Montpellier*.)

Épilepsie. — Asymétrie thoracique chez les épileptiques aliénés par Zuccarelli. (*Arch. di psychiat.*, VII, n° 4.) — Audition chez les épileptiques, par Venturi. (*Ibid.*, VII, n° 4.) — Un cas de frisson prolongé (sans fièvre) chez un épileptique, par Douty. (*Lancet*, 20 mars.) — Accès épileptiques consécutifs à une fracture compliquée du crâne, par Brunner. (*Berl. klin. Woch.* 22 fév.) — Épilepsie alcoolique; incapacité civile, par von Ludwiger. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.* XLIV, 19 janvier.) — Sur la diminution du poids du corps après l'attaque épileptique, par Halloger. (*Nord. med. Ark.* XVIII, n° 2.) — Ligature des artères vertébrales dans l'épilepsie, 3 cas, par Gray. (*Neurol. Review*, juillet.)

Érysipèle. — De l'érysipèle curateur et modificateur par Collin. (*Thèse de Paris*, 20 nov.) — Contribution à l'étude bactériologique de l'érysipèle, par Bonome et Bordoni. (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, p. 128.) — L'érysipèle et la pathogénie moderne, par Pascale. (*Morgagni*, sept.) — Des bains froids dans le traitement de l'érysipèle de la face, par Ducher, (*Thèse de Lyon*, n° 310.) — Traitement de l'érysipèle par la créosote, par Fox. (*St.-Louis med. journ.* mai.)

Estomac. — De la 3e couche de la tunique musculeuse de l'estomac, par Prshewalski. (*Russkaïa med.* n° 30.) — Sur les différents stades évolutifs des cellules de l'estomac cardiaque, par Pillet et Talot. (*Soc. de Biologie*, 31 juillet.) — De la dilatation de l'estomac, par Macario. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 oct.) — Note sur deux cas de pityriasis rosé observés chez des sujets atteints de dilatation gastrique, par Jacquet. (*France méd.*, 8 juin.) — De la dyspepsie nerveuse et des maladies consécutives, par J. Ihring. (*Sam. klin. Vorträge*, n° 283.) — Du rôle de la dilatation gastrocolique, par Trastour. (*Semaine méd.* 15 sept.) — De la dyspepsie acide par hypersécrétion de suc gastrique, par Santoni. (*Gaz. d. Cliniche*, n° 22.) — De la gastrite catarrhale chronique, par F. Delafield. (*Journ. of Amer. assoc.* p. 16, 3 juillet.) — Gastrite ulcéreuse chronique, par Landouzy. (*Semaine méd.* 6 oct.) — Gastrite sous-muqueuse, gastrite phlegmoneuse, par Slawizki (*Med. Obosren.* n° 14.) — Un cas d'atrophie primitive de la muqueuse stomacale, présentant le tableau clinique de l'anémie pernicieuse progressive, par F. Henry et W. Osler. (*Am. Journ. of the med. Sc.* p. 498.) — Sténose du pylore par spasme et hypertrophie musculaire suite

de gastrite, divulsion digitale, par A. Poggi. (*La Riforma med.*, 9 nov.) — L'ulcère rond de l'estomac, revue. (*La Riforma med.* 20 août.) — Deux cas de cancer de la grande courbure de l'estomac ; statistiques sur le cancer stomacal, par Eisenhart. (*Münch. med. Woch.* nº 21.) — Épithéliome de l'estomac, thrombose cachectique sans œdème concomitant, par Mouisset. (*Lyon méd.* 6 juin.) — Tumeur squirrheuse mobile de l'estomac, par Trossat. (*Lyon méd.* 5 sept.) — Cancer latent de l'estomac, par de Grandmaison. (*Soc. anat.* 30 avril.) — Cancer latent de l'estomac, péritonite cancéreuse, par Dagron. (*Soc. anat.*, 23 avril.) — Cancer latent de l'estomac, péritonite chronique à forme ascitique, carcinome infiltré, par Gombault. (*Soc. anat.* 23 avril.) — Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpitaux.* 20 octobre.) — A propos des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac, par Millard. (*Ibid.* 3 novembre.) — Estomac (lavage de l'), par P. Decaye. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* suppl. t. 40.) — Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le fer mercurique, par Gempt. (*Med. chir. Cent. Vienne*, nº 28.) — Résection du pylore pour cancer, guérison, par Carle. (*Gaz. delle cliniche*, 24 août.) — Résection du pylore, guérison par Schede. (*Soc. méd. de Hambourg*, 23 mars.) — Perforation complète de l'estomac par une balle de revolver ; guérison, par Clemow. (*Lancet*, 12 juin.)

Exanthème. — Quelques formes d'exanthèmes iodiques, par Janowsky. (*Monatst. f. prakt. Dermat.* nº 10.) — Rash iodoformique, par Treves. (*The practitioner*, oct.) — Un cas d'érythème noueux, par F. Mawkins. (*Lancet*, 24 avril.) — Parallèle des fièvres éruptives, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.* 16 sept.) — Érythème polymorphe, guérison par l'iodure de potassium, par Arnozan. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 19 sept.) — De l'exanthème antipyrinique, par Cattani. (*Giorn. ital. delle mal. ven.* mai, juin.)

F

Ferment. — Notes sur les ferments digestifs, par Murrell. (*Lancet*, 27 février.)

Fièvre. — Contribution à l'étude de la fièvre et aux agents qui en empêchent l'apparition, par Wood, Reichert et Hare. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — L'influence de l'air froid sur les fébricitants, par Voitkevitch. (*Thèse Saint-Pétersbourg.*) — Zymotiques (maladies), par J. Smith. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. 40.)

Fièvre intermittente. — De l'influence des transformations agricoles de la Sologne sur la diminution des fièvres intermittentes et l'amélioration de la race, par Thérard. (*Thèse de Paris*, 4 novembre.) — De l'infection malarienne, par Golgi. (*Soc. med. chir. di Pavia*, 3 avril.) — Histoire de la fièvre intermittente à Brooklyn, par W. Thayer. (*New York Med. Journ.*, 8 mai.) — Amblyopie paludéenne guérie par le sulfate de quinine, par Deeren. (*Recueil d'ophtalm.*, nº 5, p. 276.) — Contribution à l'étude des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par Lombard. (*Thèse Montpellier.*)

Fièvre jaune. — De la fièvre jaune à la Guyane française, par Guérin. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.)

Fistule. — Fistule cervicale branchiale, fistule mentonière congénitale,

par MENDINI. (*La Riforma med.*, 21 août.) — Exemple de fistule recto-vésicale chez l'homme, suite de rétrécissement par dysenterie, par OPPENHEIM. (*Berl. klin. Woch.*, 19 avril.) — Deux cas très graves de fistule recto-vésicale guéris sans opération, par VENANTI. (*Raccoglit. med.*, août.)

Foie. — L'origine tellurique de l'ictère catarrhal, par LONGUET. (*Union médicale,* 12 septembre.) — Un cas d'ictère émotif accompagné d'une éruption généralisée de lichen, par NEGEL. (*Progrès médical*, 21 août.) — Du frottement périhépatique, par LONGUET. (*Union médicale*, 24-26 juin.) — Diagnostic différentiel des affections graves du foie comme causes de l'ascite, par RATJEN. (*Soc. méd. de Hambourg*, 23 mars.) — Note sur deux cas de cirrhose du foie enrayés et guéris en apparence pendant un temps fort long à la suite de ponctions abdominales, par J. GOODING. (*Brit. med. journ.*, p. 676, octobre.) — Les cirrhoses hépatiques, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 10 juin.) — Les cirrhoses secondaires, par LANCEREAUX. (*Ibid.*, 18 novembre.) — L'ictère dans la cirrhose vulgaire, par TEDESCHI. (*Il Morgagni*, août.) — De la genèse de l'hépatite interstitielle chronique, par KHOLMOGOROFF. (*Thèse Moscou.*) — Des lésions histologiques du foie dans les maladies infectieuses et de leur rôle étiologique dans la cirrhose des enfants, par LAURE. (*Soc. de Biologie*, 29 mai.) — Cirrhose du foie d'origine paludique, par QUINTAVALLE. (*La Riforma med.*, 4 octobre.) — Sur la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose du foie, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 août.) — Disparition de l'ascite à la suite d'une diurèse abondante dans un cas de cirrhose probable du foie, par TROISIER. (*Ibid.*, 21 juillet.) — La cirrhose alcoolique est-elle curable? par TROISIER. (*Ibid.*, 4 août.) — Cirrhose atrophique du foie sans ascite, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — De l'hépatite suppurée des pays chauds, par GAURAN. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Note sur l'étiologie de l'abcès du foie, par BLANC. (*Lancet*, 20 février.) — Abcès multiples du foie; mort, autopsie, par COLSON. (*Lancet*, 29 mai.) — Sur les abcès du foie observés dans les pays chauds, par BELLOT. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Note sur l'hépatite suppurée d'origine tropicale, par NAVARRE. (*Lyon méd.*, 16 mai.) — Trois cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par HIRSCHBERG. (*Broch. Dorpat.*) — Cancer primitif du foie développé au pourtour de la vésicule biliaire et avec envahissement de celle-ci; productions secondaires du péritoine pariétal et viscéral, par MÉNÉTRIER. (*Soc. Anat.*, 4 juin.) — Un cas remarquable de foie flottant, par PERRONE. (*Morgagni*, septembre.) — Adénome du foie, par LIUS. (*Gaz. d. Cliniche*, n° 15.) — Rupture du foie et de la vessie, par MAUBRAC. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 septembre.) — Kyste suppuré du foie. Guérison après une seule ponction, par GUYOT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 août.)

Fracture. — Etude sur les fractures, par BRUNS. (In-8°. *Stuttgart.*) — Pathogénie des pseudarthroses, par BONOME. (*Arch. per le scienze med.*, X, 3.) Fracture de côte par contraction musculaire, par LADROITTE. (*France médicale*, 19 août.) — Fracture de l'humérus; paralysie sensitive et motrice de l'avant-bras, par W. LESZYNSKY. (*New York med. Journ.*, p. 588.) — Décollement épiphysaire du premier métacarpien, par CLÉMENT LUCAS. (*Lancet*, 31 octobre 1885.) — Fracture de cuisse. Résorption du cal au 70ᵉ jour sous l'influence d'un érysipèle, par FERRET. (*Progrès médical*, 23 novembre.) — Du raccourcissement dans les fractures du corps du fémur, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 16 novembre.) — Décollement épiphysaire de la tête du fémur, par N. SMITH. (*Lancet*, 20 mars.) — Fracture transversale de la rotule; suture osseuse; guérison, par A. BLOXAM.

(*Lancet*, 13 février.) — Fracture ancienne de la rotule, existence d'un ligament en éventail réunissant le fragment supérieur au bord supérieur de la trochlée fémorale ; petit fragment osseux détaché de la rotule, situé dans l'épaisseur des parties fibreuses, par GAUDINAU et CHAPUT. (*Soc. anat.*, 2 juillet.) — Note sur un cas de fracture de la rotule, traitée sans immobilisation par la compression, le massage et les mouvements de l'articulation, par RAFIN. (*Lyon médic.*, 5 septembre.) — Des fractures transversales de la rotule, par HEYDENREICH. (*Thèse de Nancy*, 23 juillet.) — Fracture comminutive et compliquée de la rotule ; guérison sans opération, par BRAMWELL. (*Lancet*, 19 juin.) — Fracture compliquée de la rotule avec ouverture de l'articulation du genou ; suture osseuse ; guérison, par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 8 mai.) — Note sur vingt cas de fracture compliquée de la rotule, par TURNER. (*Lancet*, 8 mai.) — Du traitement des fractures de la rotule, par HEYDENREICH. (*Semaine médic.*, 10 novembre.) — Rupture d'un cal fibreux de la rotule. Ouverture de l'articulation du genou, par RICHET. (*Union médic.*, 11 septembre.) — Note sur un cas de fracture de la rotule, guérie par l'immobilisation, les applications résolutives et la compression, par FAYARD. (*Lyon méd.*, 3 octobre.) — Du traitement des fractures de la rotule, par la griffe de Duplay, par BALLUE. (*Thèse de Paris*, 4 novembre.) — Rupture de l'artère poplitée dans un cas de fracture de l'extrémité supérieure du tibia, par SMUTNY. (*Boll. d. Accad. med. di med. di Genova*, II, nº 1.) — Sur les fractures de la jambe au tiers supérieur, par CHALOT. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 18.) — Statistique intégrale des fractures, compliquées de plaie des membres (18 cas, 5 morts), à l'hôpital de la Charité, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 11 novembre.) — La fracture de Dupuytren, par SEBILEAU et BLAISE. (*Arch. de méd.*, juin et juillet.) — Note sur une variété de fracture verticale de la malléole externe par arrachement, par LE FORT. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Mobilisation et massage dans le traitement des fractures para-articulaires, par MAISON. (*Thèse de Paris*, 8 novembre.) — Du pansement aseptique iodoformé dans le traitement des fractures compliquées, par ROSSI. (*Thèse de Montpellier.*) — Relation de 500 cas de fractures compliquées, par DENNIS. (*New York County med. Assoc.*, 18 octobre.)

G

Gangrène.— Le microparasite de la gangrène sénile, par TRICOMI. (*Riv. intern.*, mars.) — Recherches sur la gangrène pulmonaire d'origine microbienne, par BONOME. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 121.)— Un cas de gangrène des extrémités inférieures au cours d'une néphrite interstitielle, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.) — Relation d'une épidémie de pourriture d'hôpital, par SOCKEEL. (*Arch. méd. milit.*, août, p. 12.) — Deux observations d'œdème purulent aigu, par CORAZZA (*Gacetta del Hosp. milit. Mexico*, nº 8, p. 4.) — Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical, par BOUILLET. (*Montpellier méd.*) — Gangrène spontanée du petit doigt (main gauche) dans la grossesse, par HOFMOKL. (*Med. Chir. Cent. Vienne*, nº 38.) — Un cas d'œdème primitif (érysipélateux) du sirotum, suivi de gangrène et de phlegmon suppuré des parois abdominales, par MORRANT BAKER. (*Lancet*, 5 juin.)

Gastrostomie. — Gastrostomie chez un malade atteint de sténose du cardia par suite d'un cancer colloïde, par BURANI. (*La Rassegna di sc. med.*, mars.)

Génitaux (Org.). — Comparaison des organes génitaux dans les deux sexes, par Guinard. (*Thèse d'agrég.*, Paris.) — De la genèse des symptômes nerveux complexes dans les altérations anatomiques des organes sexuels, par Engelhardt. (In-8°. *Stuttgard.*) — Etiologie et diagnostic des papillomes des organes génitaux, par Bumm. (*Münschener med. Woch.*, n° 27.) — Nouvelle variété de kyste de la grande lèvre, par Lagrange. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 août.) — Tumeur kystique de la grande lèvre, par Gouley. (*N. York County med. Assoc*, 18 oct.) — Sur quelques cas non signalés d'esthiomène de la vulve, par Nourry. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Position de l'utérus et des ovaires chez l'enfant, avec des remarques sur le développement des organes génitaux chez la femme, par J. Symington. (*Edinb. med. Journ.*, p. 31, juillet.)

Genou. — Du genu valgum, par von Muralt. (*Corr. Bl. f. schw. Aertze* 1er sept. 1885.) — Le genu valgus et varus et les trois premiers cas opérés en Italie avec l'ostéoclaste de Robin, par d'Ambrosio. (*La med. contemporanea*, août.)

Géographie méd. — Contribution à la géographie médicale, haut Sénégal et haut Niger, par Duclot. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Etude de géographie médicale; le poste de Podor (Sénégal), par Carrade. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Sur la topographie médicale du canton d'Eymoutiers, par Duris. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Deux ans aux îles Saint-Pierre et Miquelon, par Du Bois Saint-Sevrin. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Souvenirs d'une campagne à Madagascar sur la Seudre, par Guillarmou. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Notes sur la fièvre paludéenne à Sainte-Marie de Madagascar, par Le Pord. (*Thèse de Lyon*, 29 juillet.) — Etude sur Chandernagor, géographie, climatologie, etc., par Fras. (*Thèse de Lyon*, 27 juillet.) — De la puce chique et des accidents qu'elle peut occasionner, par Gillateau. (*Thèse de Lyon*, 3 août.)

Glande. — Notes sur la structure des glandes, par Bergonzini. (*La Rassegna di sc. med.*, mars, p. 129.)

Glaucome. — Nature du glaucome primitif, par Crosti. (*Giorn. d. reale esercito, Rome*, juin.) — Attaque de glaucome provoqué par l'application de cocaïne, par Chisolm. (*Americ. journ. of opht. III*, n° 8.)

Goutte. — La goutte, sa nature et son traitement, par Ebstein, traduction de Chambard, avec introduction par Charcot. (Grand in-8° avec planches, *Paris.*) — Maladies de la peau chez les sujets atteints de goutte, par Corlett. (*Journ. of cut. dis.*, sept.) — L'urémie dans la goutte, par Huchard. (*Semaine méd.*, 27 oct.)

Grippe. — Relation d'une épidémie de grippe à Rochefort pendant l'hiver 1886, par Rétaud. (In-4°. *Rochefort.*)

Grossesse. — L'influence des impressions morales sur le fœtus, par F. Barker. (*Americ. gynec. Soc.*, 22 sept.) — Quelques rapports entre l'infection palustre et l'état de grossesse, par Negri. (*Ann. di Ostet*, juin.)— Influence des températures élevées dans la grossesse, par Negri. (*Ann. di Ostetricia*, juin.) — Grossesse (phys. et path.), par A. Pinard, méd. légale, par G. Tourdes. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, XI.) — La coloration bleue de l'entrée du vagin comme signe de grossesse, par Chadwick. (*Americ, gyncol. Soc.*, 23 sept.) — Observations de grossesse prolongée démesurément (334 jours), par Robert Mac Bride. (*Brit. med. journ.*, nov., p. 857.) — Les déplacements à droite de l'utérus gravide, revue. (*La Riforma med.*, 15 sept.) — Grossesse quintuple, par Kirch. (*Ann. di Ostet.*, juin-

juillet.) — Un cas de grossesse chez une femme affectée d'atrésie presque complète du vagin, par Monro. (*Lancet*, 5 juin.) — Douleurs typiques de la grossesse par Schatz. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 1.) — Des causes des vomissements pendant la grossesse, par E. Kelly. (*Boston med. journ.*, 15 avril, p. 337.) — Grossesse et rétrécissement mitral, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 7 oct.) — Influence de la grossesse et de l'accouchement sur les affections cardiaques, par Ashby. (*Gynecol. Soc. of Baltimore*, 11 mai.) — Troubles gastriques graves produits par la grossesse, guérison par l'emploi de la cocaïne en topique sur le col utérin, par Bois. (*Bull. de thér.*, 15 juin.) — La ponction de l'utérus dans l'hydramnios aigu, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.) — Grossesse extra-utérine, rupture, mort, par Feicht. (*Americ. journ. of obst.*, oct.)— Grossesse extra-utérine avec rupture de la trompe de Fallope, laparotomie le 33e jour, guérison par O'Hara. (*Obst. soc. of Philad.*, 6 mai.) — Un cas de grossesse extra-utérine, élimination spontanée du squelette fœtal par le rectum après cinq années de rétention, guérison, par Bubendorf. (*Ann. de Gynécol.*, oct.) — Grossesse extra-utérine, occlusion intestinale, laparotomie, par Voituriez. (*Broch. Lille.*) — Un cas de grossesse extra-utérine, par W. Lusk. (*New York med. journ.*, 10 juillet, p. 48.) — Un cas de grossesse extra-utérine, par Allen. (*Lancet*, 26 juin.) — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine, symptômes, pronostic et traitement, par Zmigradzki. (*Thèse Saint-Pétersbourg.*) — Grossesse extra-utérine, par Gervis. (*Brit. med. journ.*, p. 818, oct.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par Littlewood. (*Lancet*, 3 avril.)

Gustation. — Nouvelle théorie du sens du goût, par Berry Haycraft. (*Brit. Assoc. for advanc. of sciences,* 55e congrès, Aberdeen, 1885.) — Recherches sur la physiologie du goût, par Aducco et Mosso. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 39.) — Gustation, par E. Gley. (*Dict. encycl. des sc. médicales*, 4e série, XI.)

Gymnastique. — Gymnastique, par Dally. (*Dict. encycl. des sc. médicales*, 4e série, XI.)

H

Helminthiase. — Sur les parasites de l'oreille et du nez chez l'homme et les grands mammifères, par Voltolini. (*Monats. f. Ohrenh.*, XX, n° 9.) — Helminthiase : des tænias, par Whittaker. (*Med. News*, 18 sept.) — Trois cas d'ankylostomiase chez des ouvriers des solfatares, par Pernice. (*Il Morgagni*, juillet.) — L'ankylostomiase dans la circonscription de Perugia, par M. Sacchi. (*Annali dell' Univ. di Perugia*, II.)— Sur des larves observées dans les vomissements et dans les selles (Techomyzafurca), par Joannès Chatin. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XVI, n° 36.)— De la naphtaline dans l'helmintiase, par Koriander. (*Vratch*, n° 26.) — La filaire sous-conjonctivale, par Blanchard. (*Progrès médical*, 17 juillet.)

Hématome. — Causes et traitement de l'hématocèle pelvienne, par Byford. (*Americ. Journ. of obst.*, nov.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie *à frigore* du cheval comparée à celle de l'homme, par Brazzola. (*La Clinica veterinaria*, juillet.)

Hémorragie.—L'importance de l'épistaxis dans quelques formes de maladies, par CARPANI. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 14.) — Hémorragie mortelle chez une quintipare de 32 ans par rupture traumatique d'une varice sous-clitoridienne, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 août.) — Sur l'hamamelis dans le traitement des métrorragies, par BRONDEL. (*Bull. thérap.*, 15 septembre.)

Hérédité. — Le mariage au point de vue de l'hérédité, par BATTESTI. (In-18. *Paris.*)

Hernie.—Hernies diaphragmatiques congénitales par arrêt de développement du diaphragme, par POTOCKI. (*Soc. anat.*, 16 avril.) — L'inflammation dans les grosses hernies inguinales, par DOURIF. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Contribution à l'étude théorico-pratique de la hernie inguino-vaginale à double sac, par ZOJA. (*Annali univ. di med.*, août.) — Kyste de l'ovaire dans une hernie ombilicale, par KUNDRAT. (*Soc. de méd. de Vienne*, 30 avril.) — Hernie ombilicale, kélotomie, guérison, par ENGLISCH. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 33.) — Obs. de hernie crurale propéritonéale, par TANSINI. (*Gaz. méd. ital. lomb.*, n° 16.) — Des complications pulmonaires de la hernie étranglée et de leur pathogénie, par ROUX. (*Thèse Montpellier.*) — Hernie étranglée avec gangrène du grand épiploon; opération; guérison radicale, par JOSEPH BELL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1107, juin.) — Hernie inguinale étranglée avec épiplocèle, excision de l'épiploon, cure radicale, guérison, par MORTON. (*Med. News*, 23 oct.)—Hernie crurale étranglée sans tumeur apparente, par PONCET. (*Lyon méd.*, 20 juin.) — Hernie crurale étranglée, par SORBETS. (*Gaz. des hôp.*, 30 sept.)—Étranglement herniaire, péritonite généralisée, mort, par RICHET. (*Gaz. des hôp.*, 18 nov.)—Hernie étranglée; anus contre nature; guérison, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 22.) —Un cas de hernie de Littre, par MORGAN. (*Lancet*, 29 mai.) — Cure radicale des hernies, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (In-8°. *Paris.*) — Sur la cure radicale de la hernie inguinale, par JOHN B. HAMILTON. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 4 sept., p. 256.) — 2 obs. de hernie inguinale, opération de cure dite radicale, par REVERDIN. (*Arch. de méd.*, oct.) — De l'opération radicale des hernies réductibles, par IVAR SVENSSON et THOR ERDMANN. (*Nord. med. Ark.*, XVIII, n° 8.) — Cure radicale d'une hernie inguinale, guérison, par SMITH. (*Med. News*, 4 sept.) — Essai sur les hernies musculaires, par BONNET. (*Gaz. hebdom. de Montpell.*, n° 30.)

Herpès.—Étude sur le zoster, par VERARDINI. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, nov. 1885.) — Sur la nature de l'herpès zoster, par P. TOMMASOLI. (*Giornale internazionale delle scienze mediche.*)—Nature épidémique et contagieuse des aphthes, par CHAUMIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 août.)

Histologie. — Du pouvoir amplifiant du microscope, détermination théorique et expérimentale, par DIDELOT. (*Thèse de Lyon*, n° 313.) — Puissance visuelle, pouvoirs amplifiant et délimitant, pouvoir dioptrique et grossissement du microscope, par MONOYER. (*Lyon méd.*, 25 juillet.) — Sur la coloration des cellules pigmentaires par les couleurs d'aniline, par PILLET et TALOT. (*Soc. de biologie*, 22 mai.)

Hôpitaux.—Des hôpitaux d'isolement en Angleterre, par DELORE. (*Lyon méd.*, 18 juillet.) — L'hospitalisation des malades atteints d'affections transmissibles, par MARTIN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 oct.) — De la construction des hôpitaux modernes; leur valeur hygiénique, par GAUTIER. (*Thèse Montpellier.*) — Des progrès récents dans la construction et l'aménagement des hôpitaux, par KEITH DOWNES YOUNG. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 441.) — De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une

réforme radicale de l'Assistance publique, par REGNARD. (*Progrès médical*, 12 juin.)

Hydatides. — Étude chimique des kystes hydatiques, par HYNDMAN. (*Cincinnati Acad. of med.*, 24 mai.) — Diagnostic des kystes hydatiques, par FORCKHEIMER. (*Cincinnati Acad. of med.*, 24 mai.) — Des kystes hydatiques des muscles, par AUDIAT. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Kyste hydatique du muscle grand dorsal, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 19 août.) — Hydatides de l'œil, par DE BECK. (*Cincinnati Acad. of med.*, 24 mai.) — Kyste hydatique du poumon, par VARNIER. (*Soc. anat.*, 14 mai.) — 4 cas d'échinocoques de la cavité abdominale, par WIELAND. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — Évacuation d'un kyste hydatique de l'abdomen, ouverture en 2 temps à 6 jours d'intervalle, par KERR. (*Canadian med. Assoc.*, 18 août.) — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, foie, épiploon, par CLADO. (*Soc. anat.*, 9 avril.) — Kyste hydatique de la rate, par BESANÇON. (*Soc. anat.*, 28 mai.) — Traitement chirurgical du kyste hydatique du foie, par BRAINE. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Kyste hydatique du foie ouvert dans le poumon droit, par BURNET. (*Lancet*, 8 mai.) — Kyste hydatique du foie remplissant tout l'abdomen et simulant une ascite, par BUDOR. (*Soc. anat.*, 26 avril.) — Kyste hydatique du foie, par TRÉLAT. (*Semaine méd.*, 29 sept.) — Kyste hydatique du foie suppuré, par GUYOT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 octobre.) — Du traitement des kystes hydatiques, par W. GARDNER. (*Glasg. med. Journ.*, p. 368.) — Le traitement chirurgical des kystes hydatiques, par RANSOHOFF. (*Cincinnati Acad. of med.*, 24 mai.) — Kystes hydatiques des os, par GANGOLPHE. (*Thèse d'agrégat. Paris.*)

Hygiène. — Traité d'hygiène, par FAZIO. (*Naples.*) — L'hygiène à Munich, par RICHARD. (*Revue d'hyg.*, VII, 982, et VIII, 38 et 398.) — Rapport sur les travaux du conseil central de salubrité et du conseil d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1885, par J. ARNOULD. (In-8°, 419 p. *Lille.*) — Etat sanitaire comparé des principales villes d'Europe en 1885, et projet de bulletin sanitaire uniforme pour les villes françaises, par BERTILLON. (*Rev. d'hyg.*, 20 oct.) — Rapport sur la prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestilentielles exotiques, par PROUST. (*Rev. d'hyg.*, 20 sept.) — Améliorations hygiéniques nécessaires dans l'île de Norderney, envisagée comme station balnéaire, par ALEXANDER MÜLLER. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLIV, p. 162.) — Des colonies de vacances, par ALEXANDER KORN. (*Ibid.*, p. 176, janvier.) — Hygiène de la vue dans les écoles. Instructions pratiques, par FIEUZAL, et discussion de la Société de médecine publique. (*Revue d'hyg.*, VII, 1011, et VIII, 49 et 338.) — Le surmenage intellectuel, par DALLAUX. (*Ann. d'hyg.*, nov.) — La fenêtre étudiée comme source de lumière dans la maison, par E. TRÉLAT. (*Rev. d'hyg.*, 20 août.) — Les habitations ouvrières, leur situation, ses dangers, ses remèdes, par CHEYSSON. (*Rev. d'hyg.*, 20 août.) — Transports militaires et paquebots du commerce envisagés surtout au point de vue de la ventilation, par BOURIT. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Des déviations du squelette produites par l'usage ou par les attitudes habituelles, par RAYMONDAUD. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, n° 66.) — Assainissement de la céruserie, par ARNOULD (*Rev. d'hyg.*, 20 oct.) — Hygiène des plongeurs, par LAYET. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, p. 67.) — Etudes expérimentales sur l'action des gaz et vapeurs nuisibles à la santé, par LEHMANN. (In-8°. *Munich.*) — Restauration des égouts de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par CLÉMENT. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 11.) — Epuration des eaux de vidange des fabriques avec utilisation des résidus, par P. GAILLET. (*Broch.*, 111 p., *Lille.*) — Les terrains propres à l'épandage des eaux d'égout, par CARNOT. (*Rev. scientif.*, 2 oct.) — Sur le pain bleu, par LEHMANN. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, oct.) — Le pain à l'Exposition

industrielle de Montpellier, par U. Coste. (*Gaz. hebdom. de Montp.*, nº 2.) — La question des morues rouges, étude d'hygiène alimentaire, par E. Mauriac. (In-8º, 62 p., *Bordeaux.*) — De la morue rouge et des traitements à employer pour faire disparaître ce rouge ou empêcher les morues de rougir, par Drouineau. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, nº 64.)—Essai sur la composition et l'assimilation des conserves de légumes, par Tchakaleff. (*Thèse St-Pétersbourg.*)— Des filtres Maignen, par Laveran. (*Arch. méd. milit.*, septembre, p. 161.)—De la prostitution, par Thiry. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique,* juillet.)

Hypnotisme.—Études sur l'hypnotisme, par Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VII, 3.) — Hypnotisme et responsabilité, par Binet et Féré. (In-8º. *Paris.*) — Sur l'état hypnotique, par Brullard. (*Thèse de Nancy*, 7 août.)—Etudes ophtalmoscopiques sur l'hypnotisme, par Reymond. (*Arch. di psichiatria*, VII, 3.) — Polarisation psychique dans le somnambulisme et l'hypnotisme, par Bianchi et Sommer. (*Arch. di psichiatria*, VII, nº 4.) — Psycho-physiologie de l'hypnotisme, par Raffaele Brugia. (*Archivio italiano*, sept., p. 323.) — De l'hypnotisme, par Jendrassik. (*Arch. de neurol.*, XII, p. 43). — Nouvelles recherches sur l'hypnotisme, par d'Abundo. (*La Psichiatria*, nºs 1 et 2.) — Contribution à l'étude de l'hypnotisme et de la suggestion, par E. Authenac. (*Gaz. des hôp.*, 19 oct.) — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, par Gilles de La Tourette. (In-8º. *Paris.*)—La médecine d'imagination, par Féré. (*Progrès médical,* 28 août.) — Recherches servant à établir que certains phénomènes nerveux peuvent être transmis d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de l'aimant, par Babinski. (*Soc. de biologie*, 6 nov.) — Suggestion, thérapeutique suggestive, par Passerini. (*Gaz. d. ospit.*, nº 69.) — Contribution à l'étude de la suggestion à l'état de veille au point de vue thérapeutique, par Couturier. (*Loire médicale*, 15 août.) — De la peur en thérapeutique ou de la suggestion à l'état de veille, par Bernheim. (*Bull. de thérap.*, 30 septembre.)—De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, par Bernheim. (In-18º, 428 p., *Paris.*) — Nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés, par Luys. (*Soc. de biologie*, 7 août.) — Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentale. (*Ann. méd. psych.*, juillet, p. 64.)

Hystérie. — Hystérie mâle; l'hystérie dans l'armée. (*Gaz. des hôp.*, 16 oct.) — Sœur Jeanne des Anges, par Legué et Gilles de La Tourette. (*Rev. scientif.*, 6 nov.) — Hystérie et tics, diagnostic, par Charcot. (*Semaine méd.*, 15 sept.)—Observation d'hystérie. Phénomènes nerveux divers, par Fabre. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 27.) — Notes cliniques sur l'hystéro-épilepsie, par Bringuier. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 5.)—Fièvre hystérique, par Hale White. (*Lancet*, 20 févr.) — Notes pour servir à l'histoire de l'amblyopie hystérique, exercice de la sensibilité, par Ch. Féré. (*Soc. de biologie,* 24 juillet.) — De l'amaurose hystérique et de l'amaurose suggestive, par Bernheim. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er oct.) — De la contracture hystérique des paupières, par P. Potter. (*The Practitioner*, août.) — Un cas de dyschromatopsie chez un hystérique homme, par Luzenberger. (*Wiener med. Blätter*, 16 sept., nº 37.) — Cécité rapide et ophtalmoplégie complète unilatérale, considérée comme de nature hystérique, par Brailey. (*Brit. med. Journ.*, p. 822, octobre.) — Un cas de catalepsie idiopathique, par Picot. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 oct.) — Cas de mutisme hystérique chez l'homme, par Charcot. (*Progrès médical*, 13 nov.) — Toux hystérique, par Lepidi Chioti. (*La Riforma med.*, 3 juillet.) — De l'apoplexie hystérique, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 août.) — Monoplégie hystérique avec contracture du membre supérieur droit datant de six mois, guérie en

une demi-heure par la suggestion hypnotique, par Voisin. (*Arch. de neurol.*, sept.) — Hémiplégie hystérique chez une petite fille de 4 ans, par Guyot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juin.) — Sur la diathèse de contracture, et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques par l'application d'une ligature, par Berbez. (*Progrès médical*, 9 octobre.) — Sur un cas de contracture spasmodique d'un membre supérieur survenu chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture, par Babinski. (*Progrès médical*, 16 octobre.) — Contracture spasmodique hystérique du membre supérieur consécutive à une fracture des os de l'avant-bras, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 23 sept.) — Rétrécissement spasmodique du canal de l'urètre d'origine hystérique chez l'homme, par Delorme. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 398.)—De l'hystérie pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, par Léonard. (*Thèse de Paris*, 1er déc.) — Altérations trophiques et chute spontanée des ongles chez une hystérique, par Falcone. (*La Riforma med.*, 10 août.)

I

Ichthyose. — L'atrophie dermique dans l'ichthyose simple, par Campana. (*Boll. d'Accad. med. di Genova,* avril-mai.) — Deux cas d'ichthyose congénitale (chez les frères et chez les sœurs), par Munnich. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 6, p. 240, 1886.) — Un cas d'ichthyose sébacée des nouveau-nés, par Tommasoli (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, janv.-fév.)

Idiotie. — Idiotie complète symptomatique d'une atrophie cérébrale double, par Bourneville et Bricon. (*Progrès médical*, 21 août.)

Inanition. — Le jeûne prolongé et volontaire (30 jours) de Succi, par Bufalini. (*Semaine méd.*, 15 et 22 sept.). — Le jeûne de Succi, par Loye. (*Progrès méd.*, 16 oct.) — Le jeûne de Succi, par Bernheim. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 oct.) — *Idem*, par Cartaz. (*La Nature*, 6 oct.)

Infection. — Pathologie générale des maladies infectieuses, par Stricker. (In-8°. *Vienne.*) — De l'élimination des virus de l'organisme animal, par Trambusti et Maffucci. (*Riv. int. di med.*, sept.) — Des principes généraux dans le traitement des maladies infectieuses, par Strümpell. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 8.) — Sur les injections d'aspergillus glaucus dans le sang, par Massa. (*La Rassegna*, *Modene*, n° 7.)

Insolation. — Le coup de chaleur, l'insolation et la mort par la chaleur, différence des accidents et de la pathogénie de la mort, par Cuvier. (*Thèse de Bordeaux*, août.)

Intestin. — De l'appareil nerveux de l'intestin, par Kutschin. (*Russkaia med.*, n° 30.) — De la 3e couche de la tunique musculaire externe de l'intestin, par Goschtschniski. (*Russkaia med.*, n° 30.) — De l'entérite pseudo-membraneuse, par Edwards. (*Med. News*, 7 août.) — De l'inflammation et perforation de l'appendice vermiforme, par Reginald Fitz. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 10 juillet, p. 47.) — Typhlite stercorale et peut-être tuberculeuse, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 12 oct.) — De l'influence de la coprostase et des putréfactions intestinales sur le développement des maladies fébriles, par Cirelli. (*Gaz. d. Hôpit.*, n° 76.) — Antisepsie de l'intestin, par Kinsman. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 juillet, p. 4.) — Traitement de la constipation, par Henry M. Field. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 septembre, p. 290.) — De l'ulcère simple perforant de

l'intestin, par Oliver. (*Lancet*, 27 fév.) — Fistule intestinale et digestion intestinale du chien, par Cash. (*Journ. of the physiol.*, VII, nº 3.) — De la constipation habituelle et de son traitement par l'électricité, le massage et l'eau, par Hunerfauth. (*Wiesbaden.*) — Un cas de lymphome malin de l'intestin, par Britnew. (*Russkaia med.*, nº 30.) — Contusion de l'abdomen; ruptures multiples de l'intestin sans lésions extérieures ; mort le troisième jour, par Mason. (*Lancet*, 15 mai.) — La suture intestinale d'Appolito, par Harris. (*Med. News*, 28 août.) — De l'isolement de l'intestin du mésentère, par Tansini. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, nº 18.)

Iris. — De la sclérotomie modifiée dans les cas de staphylome naissant avec prolapsus persistant de l'iris, par Inouye. (*Revue gén. d'ophtalm*, nº 3.) — Colobomes de l'iris sur plusieurs membres d'une famille, par de Beck. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 1, mars.) — Anophtalmie droite, coloboma de l'iris et de la choroïde gauche, par Steinheim. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juillet.) — Contribution à l'étude des membranes pupillaires persistantes, par Van Duyse. (*Ann. d'oculistique*, XCV, p. 13.)

K

Kyste. — Kyste de la région sous-hyoïdienne, par Délie. (*Rev. mens. de laryng.*, oct.) — Kyste sanguin de la cuisse, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.) — Des kystes en général, kystes dermoïdes, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 28 sept.) — Kystes d'apparence dermoïde dans le péritoine et le diaphragme, par P. Grawitz. (*Arch. f. path. An. u. Phys. C.*, 2, p. 262.) — Kyste dermoïde suppuré de la région ombilicale, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 sept.) — Sur un cas d'hygroma kystique congénital de la fesse, par Rud. Virchow. (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band C*, *Heft* 3, p. 571.)

L

Lacrymales (Voies). — Inflammation des deux glandes lacrymales, par Galezowski. (*Rev. d'opht.*, nº 7.) — Des opérations applicables à la conjonctivite d'origine lacrymale et aux autres affections dépendant de la rétention des larmes, par Prout. (*New York med. Journ.*, nº 387, p. 435.) — Trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale, par Debierre. (*Revue gén. d'ophtalm.*, nº 4, p. 145.) — Contribution à la thérapeutique des voies lacrymales, par F. Morano. (*Annali di ottalm.* XIV, p. 536.)

Lait. — La fourniture du lait dans les grandes villes et les conditions mauvaises dans lesquelles il est livré, par Pooler. (*N. York state med. assoc.*, 12 oct.) — Sur les propriétés et sur la digestibilité de laits de femme et de vache et de la caséine, par A. Dogiel. (*Vratch*, nº 27, p. 440, 1885.) — De la présence de peptones dans le lait de femme et le lait de vache, par A. Dogiel. (*Vratch*, nºs 4 et 5, 1885.)

Lactosurie. — De la lactosurie, par Leone. (*Rivista clin. e terap.* sept.)

Langue. — Angiomes de la langue, par Jullian. (*Thèse de Bordeaux.*) — Angiome de la langue, par Lannelongue. (*Gaz. hebd. de méd. de Bordeaux*, 10 mai.) — Un cas d'angiome caverneux de la face dorsale de la langue,

par Suzanne. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux.*) — De la grenouillette aiguë sublinguale, par Bourrée. (*Thèse de Paris*, 1er déc.) — De la tuberculose linguale, par Feurer. (*Wiener med. Bläter*, nº 37.) — Epithélioma de la langue, par Bouilly. (*Gaz. des hôp.*, 9 nov.) — Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue, par Richelot. (*Union médicale*, 3 juillet.)

Laparotomie. — Un coup d'œil sur la laparotomie en Europe (relation d'un voyage), par P. Mundé. (*Americ. journ. of obstet.* sept.) — De la laparotomie épidémique (critique de l'abus de cette opération), par Madden. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — 33 laparotomies (5 hystérect. 28 ovariot.), par Helmuth. (*Americ journ. of obstet.*, nov.) — Douleurs persistantes après la laparotomie, par Hunter. (*Americ. gynecol. soc.*, 23 sept.) — Œdème pulmonaire aigu consécutif à une laparotomie, guérison, par Hunter. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Laparotomie pour éventration, par Caselli. (*Boll. d'accad. med. di Genova*, avril-mai.) — De quelques cas intéressants de laparotomie, par Truzzi. (*Gaz. med. Ital. lomb.*, nº 37.) — Laparotomie dans un cas de pérityphlite, par John Homans. (*Boston med. journ.*, 29 avril, p. 388.)

Larynx. — Etude sur la structure et la fonction du muscle thyro-aryténoïdien chez l'homme, par Jacobson. (*Monats. f. Ohrenh.*, XX, nº 9, p. 301.) — Remarques sur quelques points de l'anatomie du larynx, par J. Leidy. (*New York med. journal*, 31 juillet, p. 113.) — Laryngométrie; conditions anatomo-pathologiques de la voix humaine, par Moura. (*Revue mens. de laryng.*, sept.) — De la laryngite hémorragique, par Strubing. (In-8°. *Wiesbade.*) — Trois cas de laryngite œdémateuse traités avec succès par les scarifications endo-laryngées, par Mackern. (*Lancet*, 8 mai.) — Un cas de paralysie dite des crico-aryténoïdiens postérieurs, trachéotomie, tuberculose pulmonaire, mort 15 mois après l'opération, autopsie, par Gouguenheim. (*Ann. des mal. de l'oreille*, sept.) — De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx, par Hering. (*Union médicale*, 17 août.) — Prolapsus des ventricules du larynx, par Major. (*Med. News*, 29 mai.) — De l'œdème laryngé angioneurotique, par Strubing. (59e *Cong. des natur. allem. Monats. f. Ohrenh.*, nº 10.) — Laryngite infectieuse aiguë; trachéotomie, mort, par Florand. (*France méd.*, 2 fév.) — Laryngite œdémateuse; trachéotomie, glossite suppurée. Hémorragie linguale grave, guérison, par H. Charles. (*Brit. med. journ.*, p. 856, nov.) — Ulcère syphilitique du larynx, trachéotomie, mort par asphyxie après l'ablation de la canule, par Eichberg. (*Cincinnati Lancet*, 26 juin.) — Tuberculose et syphilis laryngo-pharyngée, par de Renzi. (*Riv. clinica e terap.*, oct.) — Contribution à l'étude des gommes du larynx, par Charazac. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er oct.) — Lupus du larynx, par Stockholm. (*Chicago med. journ. examiner*, LII, p. 674.) — Sur une tumeur du larynx, par Trélat. (*Semaine méd.*, 29 sept.) — 1° Tumeur sanguine, kyste du larynx; 2° polype muqueux et kyste sanguin du larynx, par G. Coupard. (*Rev. mens. de laryngol.* sept.) — Un cas de laryngotomie pour des papillomes multiples du larynx, par Malthe (*Norsk. mag. for Laegevid.*, p. 490.) — Des rétrécissements laryngiens, par Ljubimski. (*Russkaia med.*, nº 18.) — Deux cas d'extirpation de sangsues des ventricules du larynx, par Maissurianz. (*St. Peters. med. Woch.*, nº 48, 1885.) — Trois cas de thyrotomie, guérison avec voix parfaite (enfants de 3, 4 et 5 ans; papillomes et membrane cicatricielle unissant les cordes), par L. Wagner. (*N. York med. journ.*, 30 oct.) — 4 cas de corps étrangers dans les voies aériennes, par Otto. (*Corr. Bl. f. sch. Aerzte*, 15 nov. 1885.) — Tubage du larynx au lieu de la trachéotomie dans la laryngite pseudo-membraneuse; relation de 83 cas, par Waxham. (*Chicago.*) — Tubage du larynx, par Fletcher Ingals. (*Journ.*

of amer. med. assoc., 10 juillet, p. 35.) — Traitement local du croup pseudo-membraneux par le tubage du larynx, par LEWIS SMITH. (*Am. journ. of the med. sc.*, octobre.) — Extirpation totale du larynx (f. de 30 ans, carcinome, mort de septicémie), par LANGE. (*Annals of surgery*, février.) — Extirpation unilatérale du larynx, par GERSTER. (*Annals of surg.*, III, p. 20.)

Lèpre. — De l'étiologie de la lèpre, par JAJA. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, juillet-août.) — Traité pratique et théorique de la lèpre, par H. LELOIR. (In-4°, 363 p., *Paris*.) — La lèpre et les lépreux aux îles Sandwich, par BOCCOLARI. (*La Rassegna di sc. med.*, mars.)

Leucémie. — Leucémie à marche rapide chez un enfant, par GRUNEWALD. (*Berl. klin. Woch.*, 31 août 1885.)

Leucodermie. — Un cas de leucodermie héréditaire, par SEPPILLI. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, juillet-août.)

Lichen. — Quelques obs. de lichen rouge en Norvège, par C. BOECK. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, n° 10.) — Lichen ruber planus, par KAPOSI. (*Soc. de méd. de Vienne*, 4 juin.) — Du lichen et du prurigo, par BROCQ. (*Gaz. hebd.* 17 sept.)

Lipome. — Lipome pédiculé de la cuisse, par BAILLY. (*Soc. anat.*, 11 juin.) — Mémoire sur les lipomes acquis de la main, par POULET. (*Rev. de Chir.* 10 août.) — Histoire d'un malade atteint de pseudo-lipome, par LIÉGEOIS. (*Gaz. hebd. de med.*, 1er oct.) — De la lipomatose diffuse de la nuque et du cou, par MADELUNG. (59e *Cong. des natur. allem. Cent. f. Chir.*, n° 44.)

Locomotion. — La locomotion et la photographie, par MAREY. (*Rev. scientif.* 27 nov.) — Conditions de la rapidité des images dans la chrono-photographie, par MAREY. (*Acad. des Sc.*, 27 sept.) — Analyse cinématique de la course de l'homme, par MAREY. (*Acad. des Sc.*, 20 et 27 sept.) — Physiologie de la locomotion, mécanisme du saut, par GIRAUD-TEULON. (*Bullet. de l'ac. de méd.*, XVI, n° 34.)

Lupus. — Etiologie du lupus vulgaire, par BARDUZZI. (*Giorn. ital. delle mal. vener.* nov. déc. 1885.) — Le traitement du lupus par abrasion, par STOWERS. (*The practitioner*, oct.) — Traitement du lupus par l'électrolyse, par GARTNER et LUSTGARTEN. (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 mai.)

Luxation. — Application du principe de l'ostéoclaste de Robin aux luxations anciennes, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, p. 46, 12 sept.) — Luxation des vertèbres dorsales, par MATTEUCCI. (*Raccoglit. med.*, sept.) — Luxation de l'extrémité de la clavicule sur l'acromion et en arrière, guérison, par HOFMOKL. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 27.) — Luxation récidivante de l'épaule, 72 fois; appareil, par LE FORT. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 491.) — Subluxation de la tête humérale en haut avec fracture de l'acromion; luxation sus-glénoïdienne, par TUFFIER. (*Soc. anat.*, 16 avril.) — De la réduction des luxations de l'épaule, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 14 sept.) — Subluxation de la tête du radius chez les enfants, par W. CUSHING. (*Boston med. journ.*, 28 janvier, p. 77.) — Luxation en arrière des doigts sur le métacarpien, par O. OTIS. (*Boston med. journ.*, 2 sept., p. 202.) — Luxation en arrière et en dehors de la phalangette du pouce droit, par DUBAR. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 334.) — Luxation sous-pubienne, par PEIGNÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 sept.) — Luxation traumatique des symphyses pubienne et sous-iliaque droite, par VARRAILHON. (*Rev. de chir.*, 10 oct.) — Luxation du pied en dedans, tibio-astragalienne: large plaie sous-malléolaire externe avec saillie des deux os de la jambe, par DUMAS. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 3.)

Lymphatique. — Les cellules globulifères des ganglions lymphatiques, par Gabbi. (*Lo sperimentale*, nº 8.) — Les vaisseaux lymphatiques des sarcomes, par Pacinotti. (*Lo sperimentale*, nº 8.) — Traitement des ganglions tuberculeux du cou, par Fenwick. (*Canadian med. assoc.*, 18 août.) — De la nature tuberculeuse des adénopathies dites scrofuleuses du cou, et de leur traitement chirurgical, par K. Franks. (*Lancet*, 19 juin.) — De l'immobilisation comme moyen de traitement des adénopathies scrofuleuses du cou, par F. Treves. (*Lancet*, 5 juin.) — Du traitement chirurgical des adénites cervicales chroniques par l'ignipuncture, par Duménil. (*Normandie médicale*, 1er septembre.) — Lymphangite et antisepsie, par Lognos. (*Thèse de Montpellier.*) — Lymphangite et sublimé, par Skinner. (*Progrès médical*, 7 août.) — Lymphangiome caverneux congénital du dos, par B. Porter. (*Boston med. journ.*, 15 fév., p. 169.) — Lymphadénie intestinale sans leucémie, par Mathieu. (*Soc. anat.*, 28 mai.) — Lymphadénome par Rivière. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 oct.) — Lympho-sarcome inguinal; opération, récidive sur place, par Wallis. (*Lancet*, 27 mars.)

M

Main. — Des anomalies symétriques des doigts et du rôle que l'on peut attribuer à l'atavisme dans ces anomalies, par Verrier. (*Broch. Clermont.*) — Le doigt à ressort (avec relevé des 40 cas actuellement publiés), par G. Jacoby. (*New York med. journ*, p. 684.) — Sur le doigt à ressort, par Galzin. (*Thèse Montpellier.*) — Restauration du pouce au moyen des débris du médius, par Guermonprez. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 août). — Arrachement d'un doigt, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 sept.) — Décortication du doigt annulaire, par L. Thomas. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 352.)

Maladies professionnelles. — La kératite infectieuse des dévaseurs, par Layet. (*Rev. d'hyg.*, VIII, nº 8.) — Sur l'ecthyma des raffineurs, par Rémy et Broca. (*Rev. de chir.*, 10 sept.) — La bourse séreuse professionnelle des couturières, au niveau du second doigt de la main gauche, par Clement Lucas. (*Guy's hosp. Rep.* XLIII, p. 143.)

Malformation. — Malformation congénitale de la jambe droite (espèce de phocomélie) amputation par Reverdin et Laskowski. (*Rev. méd. suisse romande*, V, p. 592.) — Malformation congénitale du cœur, accompagnée d'un double bruit systolique et prédiastolique de la base, par Charlewood Turner. (*Brit. med. journ.*, p. 720, oct.) — Hermaphrodisme, par Parmly, (*Americ. journ. of obstet.* sept.) — Un cas d'utérus double, avec absence d'un rein, par J. Coats. (*Glasg. med. journ.*, sept., p. 180.) — Arrêt de développement des organes sexuels, associé à une absence congénitale des amygdales, par Pearce Gould. (*Brit. med. journ.*, p. 720, oct.)

Mamelle. — Des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein, par Phocas. (*Thèse de Paris*, 18 nov.) — Statistique des amputations du sein (28) à l'hôpital de la Charité 1883-1886, par Després. (*Gaz des hôp.*, 5 oct.) — Maladie kystique de la mamelle, par Albertin. (*Lyon méd.*, p. 87, 16 mai.) — Mammite chronique et squirrhe du sein, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 21 sept.) — Tuberculose de la mamelle simulant un carcinome, par Souplet. (*Soc. anat.*, 11 juin). — Une observation de poly-adénome mammaire double, hypertrophie générale des mamelles, par Descune.

(*Progrès médical*, 12 juin.) — Squirrhe atrophique du sein; généralisation osseuse, par RAULIN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 sept.) — Étude de 397 cas de cancer du sein chez la femme, par W. PARKER. (In-8°. *New York*, 1885.)

Massage. — Recherches sur les modifications de la température locale sous l'influence du massage, par BERNE. (*Broch. Clermont.*) — Influence du massage sur les échanges azotés et sur l'assimilation des matières azotées des aliments, par GOPADZE. (*Vratch*, n° 24.)

Maxillaire. — Désarticulation de la mâchoire par SALOMONI. (*La Riforma med.*, 18 sept.) — Ostéotomie de la branche horizontale du maxillaire inférieur pour remédier au resserrement cicatriciel de la bouche, par CASELLI. (*Boll. Acc. med. di Genova*, II, n° 1). — Résection totale du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome ossifiant. Appareil prothétique ingénieux; présentation du malade, par BERGER. (*Soc. de chir.*, p. 688.) — Nécrose phosphorée de la mâchoire, par EWING MEARS. (*Philad. med. Times*, 9 janvier.) — Nécrose phosphorée de la mâchoire inférieure, par L. WEST. (*Lancet*, 20 mars.)

Médecine (Hist.).—Les anatomistes anciens, par LABOULBÈNE. (*Rev. scientif.*, 20 nov.) — Essai sur l'histoire de la saignée, par DELATTRE. (*Thèse de Paris*, 18 nov.) — L'eau de bois et les cures dépuratives au XVIe siècle, par CORRADI, traduit par DUBOUCHET. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 7.) — Origine de l'enseignement universitaire en Belgique et en Hollande, par DUBOUCHET. (*Ibid.*, n° 22.) — Les ordonnances du vieux temps à Montpellier, par DUBOUCHET. (*Ibid.*, n° 23.) — Un document sur l'École de médecine de Montpellier en 1137, par DUBOUCHET. (*Ibid.*, n° 28.) — De l'enseignement expérimental dans les écoles de médecine, par STRICKER. (*Wien. med. Jarhb.*, p. 121.) — Les procédés authentiques des alchimistes égyptiens par BERTHELOT. (*Rev. scientif.*, 2 oct.) — Une page d'histoire locale à propos des épidémies de choléra, variole, fièvre typhoïde, traitées dans les hôpitaux de Douai de 1832 à 1885, par DUBOIS. (In-12. *Douai.*)

Médecine légale. — Le secret médical, par BROUARDEL. (In-12. *Paris*, 1887.) — Secret médical, par E. BROUARDEL. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, *suppl.*, t. 40.) — Revue de médecine légale, par GIRAUD. (*Ann. méd. psych.*, septembre, p. 214.) — Exemple de mort pendant l'ivresse dû à la pénétration des aliments vomis dans les voies aériennes, par ANTON HEIDENHAIN. (*Viertalj. f. gerichtl. Med.*, XLIV, 96.) — Assassin simulant la folie, rapport médico-légal, par VON KRAFFT-EBING. (*Ibid.*, XLIV, 14 janvier.) — La mort est-elle le résultat des mauvais traitements ou de l'alcoolisme? Consultation médico-légale du comité supérieur de Prusse pour les affaires médicales, par WESTPHAL. (*Ibid.*, XLIV, 1er janvier.) — Cas médico-légal : S'agit-il d'une démence paralytique ou au contraire d'une intelligence saine? par BECKMANN. (*Ibid.*, XLIII, 193; XLIV, 34 et 311, et XLV, 58.) — Consultations médico-légales sur deux cas d'impuissance virile, par BREMME. (*Ibid.*, page 104, janvier.) — Mort du nouveau-né par accouchement précipité et fracture du crâne, par MORITZ FREYER. (*Ibib.*,p. 284, avril.) — Infanticide par enveloppement dans un jupon et enfouissement dans du sable par CHLUMSKY. (*Ibid.*, 297, avril.) — Simulation d'imbécillité par HUGO WIEDEMANN. (*Ibid.*, p. 321, avril.) — De l'état mental de deux individus mis sous tutelle, par WALLICHS et par MENDEL. (*Ibid.*, p. 327, avril.)— Infanticide par section du cou, par MORITZ FREYER. (La rétraction des bords de la plaie trachéale est un précieux indice que la section a été faite pendant la vie. (*Ibid.*, p. 278, avril.) — Soupçon de

meurtre, mort par lésion organique du cœur, par Maschka. (*Ibid.*, XLIII, p. 151.) — Soupçons d'empoisonnement ; mort par thrombose des veines hépatiques ; mort par perforation de l'appendice cæcal, par Maschka. (*Ibid.*, XLIII, 151.) — Suites d'un accident de chemin de fer, par Falk. (*Ibid.*, oct.) — Rapport de l'état mental d'une personne atteinte de délire systématisé, par E. Hitzig. (*Ibid.*, p. 254, octobre.) — Conduite du médecin-expert en face de l'article 51 du Code pénal allemand, par Schæfer. (Réponse à Mendel, dans laquelle l'auteur maintient que le médecin légiste a le droit de se prononcer sur la question des responsabilités. (*Ibid.*, juillet.) — Question de capacité civile dans un cas de mélancolie survenue à la ménopause, par von Ludwiger. (*Ibid.*, juillet.) — Homicide par plaie du cœur. Dire quel est le meurtrier, par Freyer. (*Ibid.*, juillet.) — Avis du Collège médical de Brandebourg sur l'état mental d'un banquier accusé de banqueroute frauduleuse (paralysie générale). (*Ibid.*, juillet et octobre.) — S'agit-il d'un meurtre par strangulation ou d'un suicide par submersion? par Freyer. (*Ibid.*, juillet.) — Empoisonnement, par le gaz d'éclairage, de quatre personnes assurées. S'agit-il d'un meurtre, d'un suicide ou d'un accident? par Liman. (*Ibid.*, p. 188, janvier.) — De la vulvite des petites filles au point de vue médico-légal, par Verlet. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Pendaison, par G. Tourdes. (*Dict. encycl. des soc. méd.*, 2e série, XXII.) — Tatouage, par A. Lacassagne et E. Magitot. (*Ibid.*, 3e série, XVI.) — Des attentats à la pudeur sur les petites filles, par Bernard. (*Thèse de Lyon*, 7 mai.) — Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques, par Wentzinger. (*Thèse de Nancy*, 3 août.) — Le viol dans l'hypnotisme et les états analogues, par Gilles de la Tourette. (*Ann. d'hyg.*, nov.) — Étude des empreintes en médecine légale, par Masson. (*Ann. d'hyg.*, oct.) — Recherches sur les signes de la virginité un an après l'inhumation, par Grigoresco. (*Ibid.*, sept.) — Des aberrations du sens générique, par Reuss. (*Ibid.*, août et sept.) — Rapport sur un cas de mort provoqué par l'abus du seigle ergoté; avortements multiples; mort avec gangrène des extrémités, par G. Pouchet. (*Ibid.*, sept.)

Médecine militaire. — Des hôpitaux-baraques transportables, par Werner. (59e *Cong. des nat. allem. Cent. f. Chir.*, n° 45.) — Un transport-hôpital au point de vue hygiénique et thérapeutique, par Palud. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Sur le transport des blessés par les voies ferrées dans les climats tropicaux, par Gori. (In-8°. *Amsterdam*.) — Quelques considérations sur la pathologie des troupes à Tamatave (Madagascar), par Le Golleur. (*Thèse de Paris*, 9 nov.) — De la prophylaxie des fièvres éruptives dans la garnison de Bordeaux, par Senut. (*Revue sanit. de Bordeaux*, n° 65.) — Des moyens personnels à employer en cas de blessures en campagne, par Diemer. (*Cent. f. Chir.*, n° 42.) — De l'hémostase dans les amputations sur le champ de bataille, par Bardeleben. (*Versam. deutsch. natur.*, 18 sept.; *Cent f. Chir.*, n° 45.) — Désinfection des plaies en campagne, par Weljaminow. (*Chir. Westn.*, juillet.)

Mélanose. — Mélanose généralisée ayant débuté par une petite lèvre de la vulve, par Terrillon. (*Ann. de gynécol.*, juillet). — Métanosarcome de la région dorsale et des ganglions axillaires; extirpation ; récidive rapide ; mort, par J. Reverdin et A. Mayor. (*Rev. méd. suisse romande*, VI, p. 105.) — Sarcome mélanique de la conjonctive et de la cornée, par Mittendorf. (*Americ. opht. soc.*, 21 juillet.)

Membre. — Développement des membres, par Poirier. (*Thèse d'agrég. Paris.*)

Méninge. — De la méningite cérébro-spinale épidémique, par Foa et Bordoni-

Uffreduzzi. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 52.) — Recherches ultérieures sur le méningococcus, par Foa et Bordoni-Uffreduzzi. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, page 53.) — Nouvelles recherches sur le méningococcus, par Pio Foa. (*Deutsch med. Woch.*, n° 33, p. 568.) — Les signes de premier ordre dans la méningite tuberculeuse, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 21 août.) — Méningite tuberculeuse de la convexité avec suspension presque complète des fonctions cérébrales, par Picot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, mai.) — Méningo-encéphalite à localisation cérébelleuse, par Regimbeau. (*Gaz. hebd. de Monpt.*, n° 26.) — Méningite cérébro-spinale; guérison, par Rosenfeld. (*Wien. med. Presse*, n° 33, p. 1078.) — Amaurose double déterminée par une méningite chronique de la base du cerveau, par Panas. (*Semaine méd.*, 27 nov.) — Des symptômes oculaires de la méningite épidémique, par Cannas-Boy. (*Gabin. di clin. ocul. della regia Univ. di Cagliari.*)

Menstruation. — De l'hématidrose et de ses rapports avec la menstruation, par Mangon. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Dysménorrhée membraneuse prise pour un avortement chez une femme de 46 ans, par Le Pileur. (*Broch. Clermont.*) — Ventouse emménagogue, par Dumas. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n°s 1 et 2.)

Moelle. — De la structure de la névroglie et des fibres nerveuses de la moelle épinière, par Petrone. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 76.) — Contribution au développement de la moelle, par Kaczander. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 73.) — Les nerfs sensibles et les appareils réflexes de la moelle épinière, par Hallsten. (*Nord. med. Ark.*, XVIII, n° 1.) — La région pyramidale de la capsule interne chez le chien et la constitution du cordon antéro-latéral de la moelle, par Lœwenthal. (*Rev. Suisse romande*, 15 sept.) — Contribution à l'étude de la physiologie de la moelle épinière par Borgherini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 66.) — Note sur l'excitabilité et la fonction motrice du faisceau antéro-latéral de la moelle épinière, par Laborde. (*Soc. de biologie*, 3 juillet.) — Nouveaux faits relatifs à l'anesthésie liée aux lésions organiques de la moelle épinière, par Brown-Séquard. (*Soc. de biologie*, 24 juill.) — Contribution à l'étude des centres vaso-moteurs de la moelle épinière, par G. Smirnoff. (*Iejenedelnaïa Klinitetchskaïa Gazeta*, 1885, n° 14, p. 234.) — Du ramollissement aigu de la moelle, myélite aiguë transversale spontanée, par Tietzen. (In-8°. *Strasbourg.*) — Un cas de paralysie spinale atrophique temporaire chez un adulte, par Patella. (*Gaz. d. Osp.*, n° 53.) — Cas de paralysie spinale ascendante aiguë (paralysie de Landry), par Soudeykine. (*Arch. de neurol.*, XII, p. 197.) — La maladie de Charcot, la sclérose latérale amyotrophique, revue. (*La Riforma med.*, 24 août). — Poliomyélite antérieure chronique, par Stewart. (*Med. News*, 24 juillet.) — Notes sur les maladies du système nerveux : du faisceau antéro-latéral ascendant de la moelle épinière, par Gowers. (*Lancet*, 19 juin.) — Paralysie spinale de l'adulte, par Leclerc et Blanc. (*Lyon méd.*, 8 août, p. 486.) — De la sclérose des cordons de Goll, par Paret. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) — La commotion de la moelle épinière, revue. (*La Riforma med.*, 10 sept.) — Étude statistique des troubles oculaires dans l'ataxie, par Jouenne. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — L'épiphora ataxique, par Petrolacci. (*Thèse Montpellier*, n° 29.) — De la névrite périphérique chez les tabétiques vrais, par Sarda. (*Thèse de Lyon*, 3 août.) — Des accidents apoplectiques survenant au début ou dans le cours du tabes, par Stecewicz. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — De l'ataxie locomotrice, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 17 août.) — Ataxie locomotrice à évolution rapide; début par des troubles vésicaux; grossesse intercurrente; douleurs fulgurantes; ecchymoses tabétiques; spasmes laryngés; atrophie musculaire; mort; autopsie, par Médail. (*Journ. de méd.*

de Bordeaux, 15 août.) — Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice, par Galippe. (*France médicale*, 5 août.) — Une observation de tabes viscéral, par Séglas. (*Revue de médecine*, 10 août.) — De la paraplégie ataxique, par Gowers. (*La Med. contemporanea*, août.)

Molluscum. — Sur les corpuscules du molluscum par Campana. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, janvier.)

Monstre. — Progrès de la tératologie depuis Geoffroy Saint-Hilaire, par Princeteau. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — Nouvelles recherches sur la production des monstruosités dans l'œuf de la poule par une modification du germe antérieure à l'incubation, par Dareste. (*Acad. des sciences*, 2 août.) — Fœtus mâle à terme, présentant la malformation rare de la cyclopie, par Craig et J. Symington. (*Edinb. med. journ.*, p. 193, sept.) — Monstre acéphale. Description et réflexions, par Bimar. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 19.) — Deux cas de tératologie, par Santex. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 sept.) — Naissance d'un monstre nosencéphalien, par Lardier. (*Broch. Nancy.*) — Observation d'un enfant monstre (autosite ectromélien avec pied bot, arrêt de développement de la mâchoire de la langue, par Tussau. (*Lyon méd.*, 10 oct.)

Mortalité. — Mortalité comparée de quelques grandes villes d'Europe en 1882, par Ebertz. (*Viertelj. f. gericht. Med.* XLII, p. 434.) — Mortalité dans la profession médicale, par Ogle. (*Brit. med. journ.*, p. 205, janv.)

Morve. — Sur la résistance du virus morveux à l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur, par Cadéac et Mallet. (*Acad. des sciences,* 9 août.)

Muscle. — Morphologie des muscles intrinsèques du petit doigt, avec quelques observations sur l'extrémité cubitale du court fléchisseur du pouce, par J. Brooks. (*Journ. of anat. and physiol.*, juill.) — De l'absence congénitale du muscle demi-membraneux, par Sperino. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 312.) — De la segmentation indirecte (karyokinèse) des fibres musculaires lisses à la suite de l'irritation, par Busachi. (*Giorn. dell R. Accad. di med. di Torino*, p. 55.) — Caractères des contractions musculaires suivant le lieu d'excitation, dans le cerveau, la moelle et les nerfs, par Horsley et Schæfer. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — Rupture des contractions volontaires chez l'homme, par Schæfer. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — Travail et chaleurs musculaires, par Tapic. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — Mesures de la période latente musculaire, par Yeo et Cash. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — Sur les variations de la force musculaire chez l'homme, par Rosanoff. (*Vratch*, 1885, nº 1, p. 8.)— Note sur le facies myopathique et sa valeur dans la sémiotique de l'enfant et de l'adulte, par Landouzy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 nov.) — Maladie de Thomsen (dysmyotonie congénitale), par Delmas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 oct.) — La maladie de Thompson comme symptôme intercurrent dans un cas de sclérose antéro-latérale (observation très incomplète), par C. Hughes. (*New York med. Journ.*, 17 juillet, p. 170.) — Étude clinique du myodème, par Marcus. (*Thèse de Paris,* 7 nov.) — Atrophies musculaires progressives, revue par Florand. (*Arch. de méd.*, oct.) — Un cas d'atrophie musculaire progressive, avec production osseuse dans l'un des sternomastoïdiens, par A. Dann. (*New York med. Journ,*, p. 727.) — Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive (myopathie atrophique progressive à type scapulo-huméral), par Landouzy et Déjerine. (*Soc. de biologie*, 6 nov.) — Sarcome calcifié des muscles du dos, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 14 sept.)

Muqueuse. — Membranes muqueuses, par Ferré. (*Thèse d'agrég. Paris.*) —

Mycosis. — Mycosis fongoïde, par Kobner. (59e *Cong. des nat. allem. Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11.)

Myopie. — Étiologie et prophylaxie de la myopie axile chez les écoliers, par Deeren. (*Rec. d'opht.*, n° 8.) — Étude clinique et statistique sur la myopie, par Leininberg. (*Inaug. Diss. Munich.*)

Myxœdème. — Deux cas de myxœdème, par Ball. (*Med. Record. New York*, juillet.) — Cas de myxœdème, par Verriest. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mai.)

N

Nerf. — Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux, par Jaboulay. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — De l'origine du nerf auditif, par Freud. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 9, septembre.) — Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien, par Vulpian. (*Acad. des Sc.*, 18 octobre.) — Note sur deux variétés d'anastomoses nerveuses de l'avant-bras (allant du médian au cubital), par Chaput. (*Soc. Anat.*, 11 juin.) — Des anastomoses entre le nerf musculo-cutané et le médian, par Bianchi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 34.) — Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale, par Chandelux. (*Lyon méd.*, 25 avril.) — *Idem*, par Duzéa. (*Ibid.*, 9 mai.) — Contribution à l'étude du ganglion ophtalmique, par J. Jegorow. (*Archives slaves de Biologie*, t. II, fasc. 1, p. 52-55.) — Influence de l'excitation des nerfs sensibles sur le système vasculaire chez l'homme, par S. Istamanoff. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1885.) — Note sur les origines différentes des nerfs vaso-dilatateurs et excito-sécrétoires contenus dans la corde du tympan, par Jolyet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 octobre.) — Note sur l'état et le rôle de la sensibilité et des fibres récurrentes à la suite des phénomènes qui accompagnent la section expérimentale ou pathologique des nerfs mixtes, en particulier du nerf médian, par Laborde. (*Soc. de Biologie*, 6 novembre.) — Nouvelles expériences relatives à l'influence des conditions mécaniques sur l'accroissement des nerfs, par Assaky. (*Soc. de Biologie*, 7 août.) — De la suture des nerfs à distance, par Assaky. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — De l'organisation des drains de caoutchouc dans la suture tubulaire des nerfs, par Vanlair. (*Rev. de Chir.*, 10 août.) — Trophonévrose de la peau causée par une blessure du nerf médian, par Tilden. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.) — De la valeur et des applications médicales de l'élongation sanglante des nerfs, par Eloy. (*Union médicale*, 26 octobre.) — Nouveau cas de polinévrite multiple primitive, par Grocco et Fusari. (*Rivista clin.*, n° 9). — De la névrite multiple, par Jacontini. (*Giorn. di neuropatologia*, nos 3 et 4.) — Les névrites segmentaires. Revue. (*La Riforma med.*, 4 septembre.) — Tic convulsif de la face traité avec succès par l'élongation du nerf facial. Guérison non démentie au bout de cinq ans, par Southam. (*Lancet*, 10 avril.) — Névrite traumatique du médian, de 35 ans de durée; sections nerveuses répétées. Mort. Autopsie, par Osgood Mason. (*Am. Journ. of the Med. Sc.*, juillet.) — Traitement des lésions traumatiques du nerf pneumogastrique, par la trachéotomie et l'application au-devant de la canule d'un tampon perméable et antiseptique, par Jens Schon. (*Nord. med. Ark.*, t. XVIII, n° 5.) — De la compresse de

chloroforme ; applications de chloroforme dans les névralgies, par SCHNYDER. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril 1885.) — Les névrites multiples périphériques primitives et particulièrement de la forme de polinévrite aiguë, par MASSALONGO. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 55.) — Névralgie et névrite génito-urinaires, par C. GRAY. (*N. York neurol. Soc.*, 5 octobre.) — Traitement de la névralgie du trijumeau, par GUSSENBAUER. (*Prager med. Woch.*, n° 31.) — Traitement du tic facial non douloureux (élongation du nerf), par SINKLER. (*Med. News*, 25 septembre.)

Nerveux (Syst.). — Maladies du système nerveux ; leçons de VULPIAN. (T. II, in-8°, *Paris.*) — Leçons sur les maladies du système nerveux. Œuvres complètes, par CHARCOT. (In-8°, t. I.) — Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux, par LUYS. (*Union médicale,* 20-22-24 juillet.) — Des procédés à employer pour l'étude anatomique et photographique du système nerveux central, par J. LUYS. (*Encéphale*, n° 4, p. 412.) — Modification de la méthode de Golgi pour la préparation des cellules ganglionnaires du système nerveux central, par TAL. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68). — Sensation et mouvement. Changement de volume des membres sous l'influence des excitations périphériques et des représentations mentales. — Applications du pléthysmographe à la phrénométrie, par CH. FÉRÉ. (*Soc. de Biologie*, 31 juillet.) — Nouvelles recherches sur le courant nerveux axial. Sur la détermination de la force électro-motrice du courant nerveux ou musculaire avec les électrodes impolarisables, mais non homogènes, par MENDELSSOHN. (*Soc. de Biologie*, 31 juillet.) — Nouvelles recherches sur le courant nerveux axial, par MENDELSSOHN. (*Acad. des Sciences,* 9 août.) — Des lésions osseuses, dans les maladies du système nerveux, par CARRIEU. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 25.) — De la contracture dans les affections chroniques du système nerveux, par SHARKEY. (*Lancet*, 20-27 mars.) — De la valeur du phénomène du genou dans le diagnostic des maladies du système nerveux, par PHILIPPE ZENNER. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, p. 32, 10 juillet.) — Quatre cas de troubles fonctionnels et organiques du système nerveux central, causés par traumatisme, par L. WALTON. (*Boston med. journ.*, p. 102, 4 février.)

Névrose. — Sorcellerie, magnétisme, morphinisme, délire des grandeurs, par REGNARD. (In-8°. *Paris.*) — Quelques observations de migraine ophtalmique, par TONINI. (*La Rassegna*, n° 10.) — Absence congénitale de la faculté de coordination, — enfant de 4 ans, — pas de paralysie infantile, par HAMMOND. (*N. York neurol. Soc.*, 5 octobre.) — Quelques observations de neurasthénie, par PLAYFAIR. (*Brit. med. Journ.*, p. 853, novembre.) — Le pouls permanent lent (pouls lent bulbaire). Absence du premier bruit dans tous les foyers d'auscultation du cœur, dans des cas de vertige de Ménière. Traitement par la noix vomique, par GALBUCCI. (*La Riforma med.*, 4 septembre.) — Spasme rythmique du diaphragme, par BRUNI. (*Rassegna di Sc. med.*, avril.) — L'homme autographique, par GAMBERINI. (*La Riforma med.,* 28 avril.)

Nez. — Maladies du nez, par CLINTON WAGNER. (In-8°., 250 p., *New York.*) — Instrument pour explorer les fosses nasales, par KATZ. (*Berl. klin. Woch.*, 1er mars.) — De l'épistaxis et de son traitement, par BAUMGARTEN. (In-8°. *Vienne.*) — L'asthme et les affections nasales, par LUBLINSKI. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août.) — Des complications névralgiques et nerveuses des maladies du nez et du pharynx, par ZIEM. (*Monats. f. Ohrenh.*, XX, n° 9.) — Étude clinique sur les complications auriculaires de l'ozène, par WYSS. (*Broch. Genève.*) — Un cas de catarrhe nasal membraneux,

par G. MAJOR. (*New York med. Journ.*, p. 324.) — Rhynophyma, par WEINLECHNER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 juin.) — Etiologie du rhinosclérome, par PALTAUF et EISELSBERG. (*Fortschr. der Med.*, n° 19.) — Traitement du rhinosclérome, par DOUTRELEPONT. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11, p. 517.) — Note sur un cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, par CHATELLIER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, septembre.) — De l'exploration digitale des fosses nasales et de la décortication des cornets dans le traitement de la rhinite chronique, par HARRISON ALLEN. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 467.) — Note sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal et leur traitement, par MERMOD. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 265.) — Déviation de la cloison nasale, par VAN DER POEL. (*N. York med. Rec.*, 15 mai.) — Deux cas d'abcès de la cloison nasale par ROBERTS. (*The polyclinic Philad.*, III, n° 10). — Nécrose du vomer, par CHURCHILL. (*Brit. med. Journ.*, 23 janvier.) — *Idem*, par MAC LOY. (*Philad. med. Reporter*, 3 avril.) — Note sur deux tumeurs mûriformes de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs (formées de tissu adénoïde et muqueux; dégénérescence myxomateuse de la muqueuse des cornets), par CHATELLIER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août,) — Polype kystique des arrière-fosses nasales, par MOURE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 septembre.) — Polype naso-pharyngien, guérison par l'électrolyse, par CAPART. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 29 mai.) — Sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par CLAVERIE. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Observation de rhinolithe, par EDW. BOVILL. (*Brit. med. Journ.*, p. 718, octobre.) — Extraction d'un corps étranger des fosses nasales chez un jeune enfant, par BIMAR. (*Gaz. hebd. Montpellier.*) — Un cocon et des larves dans les fosses nasales d'un enfant, par BERNAYS (*New yorker med. Presse*, n° 9.) — De la teinture de benjoin dans le catarrhe nasal, par SPRIMON. (*Med. Obozren.*, n° 3.) — Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 7 septembre.) — De la rhinoplastie sur appareil prothétique, par PONCET. (*Progrès médical*, 23 octobre.)

Nutrition. — Influence du travail intellectuel sur l'échange interstitiel des matières azotées et de l'acide phosphorique, par RASPOPOFF. (*Vratch*, n° 45, p. 746, 1885.) — Recherches sur l'influence de la graisse sur la nutrition, par DEBOVE et FLAMANT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juin.) — Athrepsie, par P. DECAYE. (*Dict. de méd. et de chir. prat. Supp.*, t. 40.)

O

Obésité. — Causes et traitement de l'obésité, par GEOFFROY. (*Thèse de Paris*. 20 nov.) — De l'obésité, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. thérap.*, 30 septembre.) — Traitement de l'obésité et des troubles de la circulation, par ŒRTEL, traduction de CALMETTES. (In-8°, *Paris.*) — Du traitement d'Œrtel par la privation de liquides avec remarques sur les modifications de la diurèse, par FEILCHENFELD. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, 5 et 6.) — A propos du traitement de l'obésité, par DEBOVE. (*Société méd. des hôpitaux*, 28 mai.)

Occlusion intestinale. — Physiologie pathologique de la mort dans l'étranglement de l'intestin, par CANAC. (*Thèse de Bordeaux*, juin.) — Volvulus du côlon ascendant. Mort. Nécropsie, par OWEN. (*Lancet*, 1er mai.) — D'une forme spéciale d'obstruction intestinale par accumulation de noyaux de cerise dans le rectum, par PAUL FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 oct.) —

Pseudo-occlusion intestinale (constipation), par Illoway. (*Med. news*, 28 août.) — De l'occlusion intestinale et de son traitement par le lavage de l'estomac, par Obolensky. (*Wratch*, n° 38, 1885.) — Lavage de l'estomac dans un cas d'occlusion intestinale datant de 10 jours, par Gretchaninoff. (*Compt. rend. de la Soc. méd. du Caucase*, n° 11, 1885.) — Lavage de l'estomac dans un cas d'occlusion intestinale, par Krasnoretz. (*Wratch*, n° 12.) — Un cas d'obstruction intestinale traité avec succès par la laparotomie, par Randolph Winslow. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 411.) — Laparotomie pour ileus, par Caselli. (*Boll. di Accad. med. di Genova*, avril-mai.) — Laparotomie pour occlusion intestinale. Mort, par Bumstead. (*Annals of surg.*, III, p. 139.)

Œil. — Étude comparative du fond de l'œil normal et pathologique à l'ophtalmoscope, par Malgat. (*Broch.*, *Nice.*) — La réfraction de l'œil, par Hartridge. (*London*, 2e édit.) — Recherches sur les relations entre la convergence et l'accommodation des yeux, par E. Maddox. (*Journ. of anat. and physiol.*, juillet.) — De la réfraction dans les yeux des mammifères, par Lang et Barrett. (*Opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Étude des liens qui doivent exister entre l'acuité visuelle et la réfraction dans l'œil emmétrope et amétrope, par Deeren. (*Rev. d'ophtalm.*, III, n° 2, p. 75.) — Lésion congénitale de l'œil chez un lapin dont le père a eu un œil accidentellement détruit, par Arnozan. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 18 mai.) — Optomètre perfectionné pour estimer le degré de l'astigmatisme et des autres vices de réfraction oculaire, par Tweedy. (*Lancet*, 24 avril.) — Calcul de l'effet prismatique des verres décentrés, par Imbert. (*Ann. d'oculistique*, XCV, p. 146.) — Mécanisme de l'accommodation ; procédé de démonstration, par Randall. (*Am. Journ. of ophthalm.*, III, n° 4, p. 91.) — Skiascopie ; ses avantages, sa place en ophtalmologie, par Chibret. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 146.) — De la kératoscopie comme moyen de diagnostic de l'astigmatisme, par Desjardins. (*Canadian. med. Assoc.*, 18 août.) — Nouvelle série d'échelles métriques, lettres et mots, pour déterminer le degré d'accommodation, par C. Oliver. (*Americ. ophthalm. Soc.*, 22 juill.) — Précis d'ophtalmologie chirurgicale, par Masselon. (In-12, *Paris.*) — Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants, par de Saint-Germain et Valude. (In-8°, *Paris.*) — Compendium d'ophtalmologie, par Hersing. (In-8°, 5e édit., *Wiesbaden.*) — De l'antisepsie en ophtalmologie, par Leclerc. (*Thèse de Nancy*, 19 juillet.) — Ophtalmométrie par le son, par Gellé. (*Soc. de biologie*, 15 mai.) — Considérations sur l'astigmatisme de courbure, par Culbertson. (*Am. Journ. of ophthalm.*, III, n° 5, p. 114.) — Sur les causes de la cécité, par Simeon Snell. (*British med. Journ.*, p. 387, n° 1313.) — Sur la propagation de la cécité en Russie, par Dobrowolski. (*Wratch*, n° 21.) — Des symptômes subjectifs dans les maladies des yeux, par Berry. (*Edinbourg med. Journ.*, p. 1025, n° 371.) — Effets de la lumière électrique sur l'œil, par Andrews. (*Americ. opht. Soc.*, 21 juillet.) — Action des myotiques sur l'accommodation, par Lang. (*Opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire, par Brilhe. (*Union médicale*, 1er juillet.) — Inoculation expérimentale de la tuberculose dans l'œil, par Gillet de Grandmont. (*Recueil d'ophtalmologie*, III, n° 2, p. 88.) — Épidémie d'ophtalmie purulente d'origine leucorrhéique, par W. Leszynsky. (*New York med. Journ.*, p. 352.) — Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires, par Redard. (*Revue clin. d'oculistique*, n° 5, p. 102.) — Des symptômes oculaires réflexes dans les affections nasales, par Gruening. (*Med. Record.*, 30 janv.) — Rapports entre les affections oculaires et rénales, par W. Oliver Moore. (*New York med. Journ.*,

p. 433.) — État de la papille dans l'œdème cérébral consécutif à la néphrite interstitielle, par Bouveret. (*Lyon méd.*, p. 555, 25 avril.) — Affections des yeux dépendant de l'hystérie, par Landesberg. (*Journ. of nervous and mental diseases*, XIII, nº 2.) — Un cas d'hémianopsie latérale droite, avec autopsie, par Wilbrand. (*Arch. f. Ophth.*, XXXI, 1674, 3.) — Deux nouveaux cas de congestion lymphatique de l'œil, par Rampoldi. (*Annali di ottalm.*, XV, 1, p. 56.) — Étude clinique de neuf cas d'hémianopsie, par C. Seguin. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 50, 10 juil.) — Cent vingt cas de lésions anémiques et atrophiques du nerf optique et de la rétine, par Alt. (*Americ. journ. of opht.*, III, nº 8.) — Tumeur de la papille, par Kollock. (*Med. news*, 23 oct.) — Sur la genèse de l'œdème de la papille, par Ledda. (*Broch.*, *Rome.*) — Sur les symptômes oculaires dans les tumeurs centrales, par Angelucci. (*Bolletino d'oculist.*, VIII, nº 7, p. 173.) — Névrite optique avec développement de vaisseaux nouveaux en avant de la papille, par Hutchinson. (*Opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Névrite optique aiguë d'origine rhumatismale, par Hansell. (*Med. News*, 7 août.) — Deux cas d'affections du nerf optique dues à des maladies de l'encéphale, par Barck. (*Am. Journ. of ophthalm.*, III, nº 2, p. 46.) — Du traitement de l'atrophie simple commençante du nerf optique par la strychnine et les courants continus, par Armaignac. (*Revue clin. d'oculistique*, nº 2, p. 25.) — Des hémorragies profuses du fond de l'œil chez les jeunes sujets, par Abadie. (*Annal. d'oculistique*, XCV, p. 36.) — Statistiques concernant l'étiologie des paralysies oculaires, par J. Emerson. (*New York med. Jour.*, 8 mai.) — Paralysie partielle du moteur oculaire commun, par Ch. Kollock. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 320, 18 sept.) — Étude sur le diagnostic du siège des lésions dans les paralysies oculo-motrices, par Blanc. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, nº 3, p. 243.) — Paralysie oculaire bilatérale successive, par Berry. (*Ophthalm. Review*, V, nº 52, p. 33.) — Ophtalmoplégie congénitale d'origine périphérique, par Lucanns. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet.) — Ophtalmoplégie, par Suckling. (*British med. Journ.*, p. 1022, nº 1326.) — Cas d'amaurose asymétrique par le tabac, par Hutchinson. (*Opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Amblyopie par le sulfure de carbone, par Changarnier. (*Recueil d'ophtalm.*, p. 280, nº 5.) — Diagnostic de l'amblyopie unilatérale simulée, par Chauvel. (*Recueil d'ophtalmologie*, p. 225, nº 4.) — Relations de la névrite optique et des plaies de tête, par W. Edmunds et J. B. Lawford. (*Brit. med. Journ.*, p. 82, oct.) — Névrite optique et condylome de l'iris traités par les injections de peptonate d'hydrargyre et suivie de guérison, par Gillet de Grandmont. (*Recueil d'ophtalm.*, nº 4, p. 230.) — Un dernier mot sur le jéquirity, par de Wecker. (*Revue clinique d'oculistique*, avril.) — Injections et pansements à l'ésérine, antisepsie oculaire, par de Wecker. (*Ann. d'oculist.*, XCV, p. 121.) — Une seconde série de cent cas de maladies des yeux traités par le galvano-cautère, par Nieden. (*Arch. d'ophtalm.*, XIV, nº 4.) — Anatomie pathologique de la pinguecula, par Vassaux. (*Soc. de biologie*, 7 avril.) — Observation de blessure grave du fond de l'œil par arme à feu, par Dubois de Lavigerie. (*Recueil d'optalmologie*, III, nº 2, p. 93.) — Sur les nævi de l'œil et des parties voisines, par Armaignac. (*Revue clin. d'oculistique*, p. 73, 97, nº 4, 5.) — Un cas remarquable d'exophtalmos, par Motais. (*Ann. d'oculist.*, XCV, p. 47.) — Blessures de l'œil par des éclats métalliques, par Robert. (*Thèse de Montpellier*, nº 32.) — Lésions oculaires dues à la chute de chataignes vertes sur le globe de l'œil, pénétration des piquants de l'enveloppe dans la cornée, par Dufour. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 113.) — Hémorragie grave consécutive à l'énucléation de l'œil chez un scorbutique, par Drake Brockmann. (*Ophthalmic Review.*, V, p. 40, nº 52.) — L'énucléation et ses conséquences, par Rolland. (*Recueil

d'ophtalm., n° 4, p. 213.) — Nouvelles observations d'exentération du globe, par Albini. (*Gazz. d. cliniche*, n° 18.) — L'opération de Badal, par Lagrange. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, p. 43, n° 1.) — Quelques recherches et quelques remarques sur la greffe oculaire, par Terrier. (*Arch. d'ophtalm.* VI, p. 56, n° 1.) — Nouvelle tentative de greffe de l'œil du lapin sur l'homme, par Pierd'houy. (*Gazette med. Italiana-Lombardia*, janv.) — Énucléation de l'œil avec transplantation et réimplantation, par May. (*Med. Record N. York*, n° 22.) — Recherches sur la greffe oculaire, par Kœnigstein (*Wiener med. Woch.*, 2 oct.) — Nouvelle tentative de transplantation de l'œil du lapin sur l'homme, par Duci. (*Annali di ottalm.*, XV, 1, p. 51.) — Est-ce une bonne mesure de remplacer l'énucléation de l'œil par la résection du nerf optique et des nerfs ciliaires? par Bh. Bell Taylor. (*Brit. med. journ.*, p. 546, sept.)

Œsophage.— Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage, par Boissert. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 oct.) — Du cathétérisme dans l'œsophagisme, par Chassagny. (*Union médicale*, 14 septembre.) — Deux cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage, par T. Markoe. (*New York med. Journ.*, 1er mai.) — Plaque dentaire enclavée dans l'œsophage. Œsophagotomie. Guérison, par U. Mac Cormack. (*Lancet*, 29 mai.)

Orbite. — Observations d'abcès cérébraux consécutifs à la périostite orbitaire, par Renton. (*Opht. Review*, V, n° 57.) — Sarcome de l'orbite, ablations répétées, pas de récidive pendant 8 mois, par Cocks. (*Med. News*, 7 août.) — Observations de tumeurs lymphadéniques des deux orbites, par Delens. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 154.) — Sur les tumeurs symétriques des deux orbites et leurs caractères symptomatiques, par Gayet. (*Arch. d'ophtalmologie*, VI, n° 1, p. 15.) — Blessure pénétrante des orbites par un projectile de cinq millimètres. Lésions des deux yeux sans perforation de leur coque, par Delacroix. (*Union méd. du Nord-Est*, oct.) — Note sur un nouveau cas d'introduction de nombreux fragments de verre dans l'orbite, par Baudry. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 3, p. 258.) — L'antisepsie comme moyen préventif des dangers de mort après les opérations orbitaires, par de Wecker. (*Ann. d'oculist.*, XCV, p. 55.)

Oreille. — Le développement embryogénique des osselets de l'ouïe et de la cavité tubo-tympanique, valeur morphologique des osselets, par Gradenigo, junior. (*La Riforma med.*, 18 août.) — Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne, par Yves Delage. (*Acad. des sciences*, 26 oct.) — Expériences sur le réflexe de direction de l'oreille chez le lapin, par Ch. Richard. (*Soc. de biologie*, 29 juin.) — Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation auditive, par Gellé. (*Tribune médicale*, 24 oct.) — De la situation de l'otologie dans la science médicale moderne, par Rohrer. (*Zürich.*) — Projet d'unification dans les notations relatives à l'acuité de l'ouïe, par Knapp. (*Berl. klin. Woch.*, 7 déc. 1885.) — De l'exploration de l'ouïe, par Burckhardt-Merian. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, XIV, n° 17.) — Cas d'autophonie, par Kuhn. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, XIV, n° 12.) — Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité, par A. Rattel. (In-18, *Paris.*) — Symptômes auriculaires réflexes sans maladie de l'oreille, et maladies de l'oreille avec symptômes réflexes, par J. Blake et T. Rotch. (*Am. Journ. of the med. sc.*, octobre.) — Inflammation aiguë de l'oreille moyenne et interne (panotite), suivie de paralysie faciale, de nécrose et d'élimination de tout le rocher et de l'anneau tympanique, suite de scarlatine. Guérison, par Roosa et Emerson. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XV, 4.) — Otite moyenne

suppurée droite, polype du conduit, carie du rocher, éruption d'herpès dans le conduit et sur le pavillon, par CHATELLIER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin.) — Otite purulente après un accouchement; phlébite des sinus; pyohémie. Mort, par BONNET. (*Ibid.*, sept.) — Otite externe avec complication de phlegmon profond de la région temporale, par DÉLIE. (*Rev. mens. de laryng.*, oct.) — Comédons de l'oreille, par DÉLIE. (*Ibid.*, oct.) — L'otite moyenne suppurée aiguë et chronique, analyse de 2,366 cas, par SEXTON. (*Americ. otol. Society*, 20 juillet.) — Lésions cérébrales dues aux affections de l'oreille ou du rocher, par A. MATHEWSON. (*New York med. Journ.* p. 655.) — Abcès du cerveau, consécutif à une otite; symptômes typhoïdes, y compris une éruption de taches rosées lenticulaires, par WILLIAM BOULTING. (*Brit. med journ.*, p. 858, nov.) — Suppuration des cellules mastoïdiennes, suivie de thrombose du sinus latéral et d'embolies septiques; trépanation. Guérison, par HORSLEY. (*Lancet*, 5 juin.) — Du traitement de l'otorrhée chronique par le pansement boriqué occlusif, par MERMOD. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 220.) — L'abcès des cellules mastoïdiennes et la perforation de l'apophyse, par ALBERTI (*Bull. d. sc. med. Bologne*, août.) — Carie chronique de l'oreille droite avec cholestéatome, par KUHN. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, XIV, n° 12.) — Ulcération du tympan, probablement tuberculeuse, par BUCK. (*Americ. otol. soc.*, 20 juillet.) — Surdité et logoplégie par suite d'un coup sur la région occipitale, par DÉLIE. (*Rev. mens. de laryngol.*, oct.) — Sur la perforation du tympan, par POLO. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des saillies annulaires de la peau du conduit auditif externe, par E. KAUFMANN. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 201.)

Oreillon. — De l'incubation et de la contagion de la parotidite épidémique, par ROTH. (*Münchener med. Woch.*, n° 20.) — Sur les oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre, par VIELA (*Thèse de Paris*, 5 nov.) — Sur les causes des oreillons, par MANGIANTI. (*Giorn. d. reale esercito, Rome*, juillet.) — De la paralysie ourlienne, par JOFFROY. (*Progrès médical*, 20 nov.) — De la parotidite secondaire, par PAGET. (*Lancet*, 17 avril.)

Organismes inférieurs. — Microbes et maladies, par SCHMITT. (In-18, *Paris.*) — Revue générale de bactériologie, par WATSON CHEYNE. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet.) — La bactériologie à Berlin, par CANTU. (*Gazz. d. ospit.* n° 58.) — Mycologie pathologique, recherches sur l'étiologie des maladies infectieuses, par SIMS WOODHEAD et HARE. (In-8°. *Edinbourg.*) — Notes de technique mycologique, par GUARNERI. (*Broch. Milan.*) — Des microbes au point de vue de la maladie et de l'hygiène, par DELORE. (*Broch. Lyon.*) — Relation des bactéries avec les maladies, par F. W. PAVY. (*Brit. med journ.*, p. 755, oct.) — Du parasitisme microbique latent, par VERNEUIL. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XVI, n° 31.) — Technique et critique de la méthode d'étude des bactéries, par ENGELMANN. (*Arch. néerland. des sciences*, XXI, 1.) — Contributions à la théorie de la coloration des bacilles par EHRLICH. (In-8°, *Berlin.*) — Action de l'air ozonisé sur les micro-organismes et par l'albumine en solution, par COLEMAN. (*Brit. assoc. for advanc. of sciences*, 55e *congrès, Aberdeen*, 1885.) — D'un bacille courbe de l'eau potable, par LUCATELLO. (*Boll. Accad. med. di Genova*, II, n° 1.) — Recherches sur les micro-organismes du marc des vins et de la bière, par BRAUTIGAM. (In-8°, *Leipsig.*) — Un nouvel appareil pour l'étude des microbes de la terre et de quelques autres substances à l'abri des germes atmosphériques, par GRIGORESCO. (*Soc. de biologie*, 7 août.) — Études bactériologiques sur les arthropodes, par BALBIANI. (*Acad. des sciences*, 15 nov.) — De la présence de micro-organismes pathogènes dans la synovie

articulaire au cours des maladies infectieuses, par Smirnow. (*Russkaïa med.* nº 30.) — Sur la bactériologie du chalazion, par G. Vassaux. (*Soc. de biologie*, 19 juin et 7 août.) — Note sur l'état parasitaire de la matière sébacée dans le chalazion et les kystes dermoïdes, par Poncet. (*Ibid.*, 26 juin.) — Du chalazion microbien expérimental, par Boucheron. (*Idem.*, 3 juillet.) — Étude des pneumocoques, par Fatichi. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Sur quelques modes de pénétration des microbes pathogènes dans l'organisme, procédés et conditions de la contagion en général et de celle de la tuberculose en particulier, par Héricourt. (*Gaz. hebdomad.*, 5 fév.) — Les micro-organismes de la suppuration, par Trinconi. (*Broch.*, *Naples.*) — Calcul rénal; présence de nombreux parasites, par Galippe. (*France médicale*, 3 août.) — Note sur la présence d'un parasite dans des concrétions développées sur le scrotum, par Galippe. (*Ibid.*, 17 août.) — Le micro-parasite de la balano-posthite, par de Lucca. (*Gaz. d. ospit.*, nº 37.) — Microcoque du chancre mou, par de Lucca. (*Gaz. d. ospit.*, nº 38.)

Os. — Recherches sur le développement et la structure histologique des os hétérotopiques obtenus par la transplantation du périoste, par Martini. (*Giorn. della accad. di med. Turin*, nºs 7 et 8.) — Sur le développement des os plats du crâne et sur leur régénération après la trépanation, par V. Martini. (*Thèse de concours*, *Siena.*) — Périostite suppurée sans nécrose de la moitié inférieure du fémur droit, par Dubar. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 336.) — Résection de la totalité du cylindre du tibia pour une nécrose; reproduction de l'os. Guérison, par W. Wile. (*Brit. med. journ.*, p. 675, oct.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire, subluxation, abcès ossifluent sous-pectoral; résection. Guérison, par Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — Un cas d'ostéomyélite diffuse (avec staphylococcus pyogenes albus, et staphylococcus pyogenes aureus), par G. Fowler. (*New York med. Journ.*, juillet.) — De l'ostéomyélite des os courts de la main et du pied chez les enfants scrofuleux (spina ventosa) et de ses rapports avec la tuberculose, par Renken. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 3.) — Traitement de la pseudarthrose du fémur par la suture osseuse, par Sengensse. (*Thèse de Bordeaux*, juin.) — Exostose du fémur, par Le Fort. (*Gaz. des hôpit.*, 7 sept.) — Un cas de spina ventosa chez l'adulte, par Arbaud. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Étude histologique et clinique du sarcome des os, par Courrent. (*Thèse de Montpellier.*) — Fibro-sarcome de la région scapulaire récidivé 16 ans après une ablation, par J. Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montp.*) — Tumeur à myéloplaxe de l'extrémité inférieure du cubitus gauche; résection. Guérison, par Serre. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpel.*) — Ostéoclasie, méthode de Robin, par Reverdin. (*Rev. Suisse romande*, 15 sept.) — Observations démontrant la nécessité du contrôle de la bonne construction de l'appareil ostéoclaste de Robin, par Rolland. (*Loire méd.*, 15 sept.)

Ostéomalacie. — Remarques sur la question de l'ostéomalacie, par J. Mommsen. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, C, 2, p. 342.) — Un cas d'ostéomalacie, par Overman Day. (*Lancet*, 27 févr.)

Ovaire. — Des tumeurs kystiques du paraovarium, par C. Struh. (*Inaug. Dissert.*, *Zurich.*) — Sur l'existence de débris épithéliaux paradentaires dans un cas de kyste dentaire de l'ovaire, par Malassez. (*Soc. de biologie*, 29 mai.) — Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de 13 ans; ovariotomie. Guérison, par Cavafy et Haward (*Lancet*, 15 mai.) — Kyste multiloculaire, contenu filant jaune et noir foncé, larges adhérences, ligature perdue. Guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept.) — Ovarite chronique datant de 4 ans très douloureuse, échec de tout traitement médical;

castration double. Guérison, par Pozzi. (*Arch. de tocol.*, 15 oct.) — Fausses tumeurs abdominales, faux kystes de l'ovaire, par Terrillon. (*Ann. de gynécol.*, oct.) — Ovariotomie pour kyste dermoïde chez une enfant de 30 mois, par Hooks. (*Americ. journ. of obst.*, oct.) — Ovariotomie double. Guérison, par Terrier. (*Union médicale*, 18 juillet.) — Six cas d'ovariotomie, par G. Pinkham. (*Boston med. jour.*, p. 53, 21 janvier.) — Kyste de l'ovaire. Laparo-ovariotomie. Guérison, par Dudon. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 12 sept.) — Accidents d'étranglement chez une femme récemment ovariotomisée. Guérison par une seconde laparotomie, par Meredith. (*Lancet*, 3 avril.) — Statistique de 300 cas d'ovariotomie et de 20 cas de laparotomie exploratrice, par Knowsley Thornton. (*Brit. med. journ.*, p. 818, oct.) — De l'oophorectomie, par Taber Johnson. (*Jour. of Amer. med assoc.*, 18 sept., p. 326.) — Abcès blennorragique tubo-ovarien; laparotomie; extirpation de la trompe et de l'ovaire. Guérison, par Kelly. (*Trans. obst. soc. of Philad.*, 3 juin.) — Ovariotomie chez une femme de 51 ans. Kyste multiloculaire et adhérences multiples. Résection de lambeaux considérables d'épiploon. Guérison, par Buffet. (*Normandie médicale*, 15 août.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison, par Serre. (*Gaz. hebd. Montpellier.*) — Trois opérations d'ovariotomie, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Montpel.*, n° 14.) — Ovariotomie pour double tumeur ovarienne avec péritonite tuberculeuse, par Mary Whetstone (*Americ. journ. of obst.*, oct.) — Nouveau trocart pour l'ovariotomie, par Dunster. (*Illustr. Monats. der Aerzt. Polytek.*, n° 1.)

P

Palais. — Paralysie du voile du palais dans un cas de catarrhe aigu nasopharyngé, par Knight. (*New York med. Journ.*, 5 juin.) — Un cas de paralysie du voile du palais par nasopharyngite aiguë, par C. Knight. (*New York med. Journ.*, p. 628.) — Uranoplastie, par L.-H. Petit. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, I.) — Ulcération tuberculeuse du palais, par Clutton. (*Lancet*, 3 avril.)

Pancréas. — Ectopie congénitale de la tête du pancréas et gastrectasie consécutive, par Cecchini. (*La Rassegna, Modène*, n° 7.) — Ligature du canal de Wirsung chez un lapin; recherche du sucre dans l'urine; résultats négatifs, par Arnozan. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 18 mai.) — Un cas d'abcès du pancréas avec thrombose de la veine porte, par J. Musser. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 449.) — Cancer de la tête du pancréas généralisé au foie, par Garnier. (*Soc. anat.*, 25 juin.) — La chirurgie du pancréas, par N. Senn. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, octobre.)

Pansement. — Chirurgie antiseptique à Pennsylvania hospital, par Penrose. (*Med. News*, 16 oct.) — Du traitement aseptique des plaies dans ma pratique hospitalière, par Neuber. (In-8°, *Kiel.*) — La doctrine et la pratique du pansement de Lister, par Morisani. (*Il Morgagni*, août.) — De la réunion par première intention des traumatismes récents, par Vételet. (*Thèse de Bordeaux*, juin.) — L'acide borique en chirurgie, par Turazza. (*La Riforma med.*, 18 mai.) — Un nouveau matériel de pansement à la tourbe, par Redon. (*Soc. de chir.*, XII, p. 493, 494.) — Du pansement à la tripolithe, par Englisch. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 27.) — De l'iodure de bismuth dans le traitement des ulcérations, par Reynolds. (*Med. News*, 9 oct.). — Communications sur différents points de chirurgie, pansement

au sublimé et à l'iodoforme, nouvelle suture mixte, par GIRARD. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — De l'intoxication par le sublimé corrosif employé comme antiseptique, par L. BUTTE. (*Soc. de biologie*, 6 nov.) — Procédé de Dittel pour placer les pansements du bassin, par SCHUSTLER. (*Cent. f. Chir.*, 13 mars.) — Pansements secs pour le vagin et le rectum, par HUTCHINSON. (*Lancet*, 13 févr.)

Papillome. — Note sur deux variétés de papillomes, par SECHEYRON. (*Arch. de méd.*, oct.)

Paralysie. — L'hémiplégie, par BIANCHI. (In-8°, *Naples*.) — Les paralysies toxiques, par ELOY. (*Union médicale*, 26-28 sept.). — De la paralysie pseudo-hypertrophique, par GIBNEY. (*Americ. neurol. Assoc.*, 21 juillet.) — Deux cas de paralysie radiale, incurable, à la suite d'injections sous-cutanées d'éther, par POELCHEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 570.) — Paralysie radiale par injections d'éther, par BRIEGER. (*Berl. klin. Woch.*, 21 sept.) — De la paralysie spasmodique, par HUGHES BENNETT. (*Lancet*, 13 mars.) — Des bornes de l'action thérapeutique dans la paralysie infantile, par V. GIBNEY. (*New York med. Journ.*, p. 379.) — Les courants électriques dans un cas de paralysie agitante, par INGRIA. (*La Psichiatria*, nos 1 et 2.) — De la paralysie cérébrale infantile, revue. (*La Riforma med.*, 9 août.) — Maladie de Parkinson, par HARDY. (*Gaz. des Hôp.*, 21 août.)

Paralysie générale. — Un second cas d'inversion du réflexe pupillaire chez un paralytique général, par MORSELLI. (*Arch. di psichiatria*, VII, 3.) — Note sur la rareté de la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban, par CAMUSET. (*Ann. méd. psych.*, sept.) — Les lésions de la vessie et de la prostate dans la paralysie générale progressive, par D'ABUNDO. (*La Psichiatria*, nos 1 et 2.)

Parotide. — Chondrome pur de la parotide ; extirpation. Guérison, par GROSS. (*Revue méd. de l'Est*, 15 janv.) — Observation de tumeur kysto-adénoïde de la parotide, traitée par l'ablation, suivie de fistule salivaire et enfin guérie, par CABADÉ. (*Soc. de chirurgie*, XII, p. 611, 613.) — Fibrome kystique énorme de la parotide, mesurant 2 pieds 7 pouces. Extirpation. Guérison, par S. J. RENNIE. (*Brit. med. Journ.*, p. 717, oct.)

Pathologie. — Introduction à la pathologie générale, par SUTTON. (In-8, *Londres*.) — Qu'est-ce que la pathologie générale ? quelle est son utilité? par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, avril.) — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879-80, par PÉAN. (1 vol., 1250 pages, *Paris*.)

Paupière. — L'opération de Crampton contre l'entropion et le trichiasis, par GUAITA. (*Bolletino della Soc. delle sc. med.*, III, fas. 6 et 7.) — D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis congénital et au ptosis paralytique, par PANAS. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 1, p. 1.) — Ankyloblépharon partiel et symétrique, par DUJARDIN. (*Revue clin. d'oculist.*, n° 5, p. 98.) — Ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite. Blépharorraphie. Guérison, par RICHET. (*Union médicale*, 9 sept.) — De l'emploi de la glace et de l'acide phénique dans le traitement des affections inflammatoires des paupières, par HENRY GREENWAY. (*Brit. med. Journ.*, p. 545, sept.)

Peau. — Sur l'innervation indirecte de la peau, par VANLAIR. (*Acad. des sciences*, 2 août.) — Recherches sur l'absorption par la peau humaine, par STAS. (In-8°, *Bruxelles*.) — Phénomènes vaso-moteurs dans la peau, par KORWALEWSKY. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — Traité des maladies de la peau et des affections diathésiques, par LESSER. (In-8°, *Leipzig*.) — Pro-

portion des globules rouges du sang dans quelques affections cutanées, par Thin. (*Med. chir. Transact.*, LXI.) — De quelques dermatoses d'origine nerveuse, par Campana. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 92.) — Recherches sur quelques lésions inflammatoires et néoplasiques de la peau et contribution à la physiologie pathologique de l'épithélium pavimenteux stratifié, par Giovannini. (*Arch. per le sc. med.*, X, 3.) — Un cas de dermatite exfoliatrice avec développement de bulles, par Hardaway. (*Americ. dermat. assoc.*, 27 août.) — Tuberculose probable de la peau, par Tilden. (*Americ. dermat. assoc.*, 27 août.) — Un cas de myomes multiples douloureux de la peau, par W. Hardaway. (*Amer. Journ. on the med. sc.*, p. 511.) — Des affections cancéreuses de la peau, de l'épithélioma et de l'ulcère rongeant, par Thin. (In-8°, *Londres.*) — Cancer de la peau, par Denslow. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.) — Un cas de sarcome multiple de la peau, par Cheever. (*Boston med. Journ.*, 14 janv., p. 33.) — Sarcome multiple primitif de la peau, par Campana. (*Boll. Accad. med. di Genova*, II, n° 1.) — La sarcomatose cutanée, généralisée primitive, par Le Gendre. (*Union médicale*, 14 avril.) — De l'ichthyol dans le traitement de quelques affections cutanées, par Casarini. (*La Rassegna di sc. med.*, avril.) — Valeur de la résorcine, de l'ichthyol et de la lanoline dans les éruptions cutanées, par Stelwagon. (*Americ. dermat. Assoc.*, 25 août.) — De l'emploi de l'orcine en dermatologie, par Andeer. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — Emploi de l'arsenic dans les maladies de la peau, par Keyes. — La question de la valeur de l'arsenic dans les maladies de la peau, par Hardaway. (*Journal of cut. and vener. Diseases*, n° 8.)

Pellagre. — Un cas de melasma pellagreux, par Gemma. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, janv.) — Un cas de pellagre, par Dornig. (*Monatshefte f. praktische Dermat.*, n° 7, p. 295.)

Pemphigus. — Recherches et considérations sur un cas de pemphigus chronique, par Tommasoli et Sanquirico. (*Boll. della soc. tra i cultori delle scienze mediche, Sienne.*) — Pemphigus, par E. Chambard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XXII.)

Pénis. — Induration plastique du pénis; Rétraction de l'aponévrose palmaire, par Polaillon. (*Union médicale*, 1er juillet.) — Sclérose des corps caverneux, par Mauriac. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 sept.) — Deux cas de gangrène du pénis, l'un par embolie de l'artère dorsale de la verge, l'autre par infiltration urineuse, par F. Coward. (*Brit. med. Journ.*, p. 449, sept.) — Deux cas d'amputation du pénis pour un épithélioma, par Jessett. (*Lancet*, le 22 mai.) — Pénis (anat. phys. pathol.), par Ch. Monod et F. Brun. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XXII.)

Peptonurie. — Des peptonuries et particulièrement de la peptonurie d'origine hépatique, par Bouchard. (*Union médicale*, 7-9 oct.) — Des causes de la peptonurie. Revue. (*La Riforma med.*, 2 sept.) — Causes de la peptonurie, par Mya. (*Gazz. d. cliniche*, n° 17.) — De la peptonurie puerpérale dans les cas d'opération de Porro, par Truzzi. (*Gaz. ital. lomb.*, n° 17.)

Périnée. — Colporraphie antérieure et périnéocolporraphie sous l'action anesthésique de la cocaïne, par Fabbri. (*La Rassegna di sc. med.*, mars, p. 129.)

Péritoine. — Recherches sur l'endothélium péritonéal, par Cattani. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 63.) — D'un cas de péritonite aiguë suivie de guérison, par Descroizilles. (*France médicale*, 29 juillet.) — Inflammation pelvienne, cellulite, péritonite, par Emmet. (*Americ. gynecol. soc.*, 21 sept.) — Abcès

péritonéal enkysté. Mort, par Hofmokl. (*Med. Chir. Cent. Vienne*, n° 35.) — Péritonite suppurée par ulcération et suppuration de l'appendice vermiculaire ; laparotomie ; résection de l'appendice vermiculaire ; toilette du péritoine, drainage ; guérison, par R. Hall. (*New York med. Journ.*, p. 662.) — Laparotomie pour un cas de péritonite chronique suppurée, par Reeve. (*Americ. gynec. soc.*, 21 sept.) — Le traitement chirurgical de la péritonite, par Rusconi. (*Gaz. d'Ospit.*, n° 63.) — Tumeurs du péritoine pelvien à forme myxomateuse ou colloïde, par Chevalier. (*Thèse de Montpellier.*) — Diagnostic des tumeurs malignes intra-péritonéales, par Bartenew. (*Russkaia med.*, n° 31.)

Pharmacologie. — Résumé de la matière médicale et toxicologique coloniale par Corre et Lejanne. (In-18, *Paris.*) — De la pyridine et de la collidine comme médicaments respiratoires, par Daudien. (*Tribune méd.*, 5 sept.) — Action de la pyridine sur les fonctions respiratoires, par Silva. (*Gazz. d. cliniche*, n° 25.) — Influence de l'uréthane sur l'excrétion des éléments azotés de l'urine, par Garnier. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 15 mai.) — Uréthane, par Dujardin-Beaumetz. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, I.) — De l'uréthane, par Myrtle. (*Brit. med. Journ.*, fév., p. 343.) — De l'uréthane comme hypnotique, par Sprimon. (*Med. Obosren.*, n° 22, 1885.) — La saccharine, par Wolff. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — La saccharine ou sucre de goudron ; ses propriétés physiologiques et ses vertus thérapeutiques, par Eloy. (*Union médicale*, 14 oct.) — Etude physiologique de l'acétophénone, par Magnien. (*Thèse de Lyon*, 12 juillet.) — De l'hydroquinone, par Silvestrini. (*Il morgagni*, juillet.) — La spartéine, par Laborde et Legris. (*Tribune méd.*, 18 juillet.) — Sur la spartéine et ses sels, par Grandval et Valser. (*Journ. de pharm.*, XIV, n° 2.) — Du sulfate de spartéine, spécialement dans son action sur le cœur et la circulation, par Garand. (*Thèse de Lyon*, 21 mai.) — Étude pharmacologique et toxicologique de la digitaline, par Lafon. (*Ann. d'hyg.*, nov.) — De la digitale, par Duroziez. (*Union médicale*, 8 juillet.) — Note sur la kola, par Monvenoux. (*Lyon méd.*, 27 juin.) — Recherches expérimentales sur l'extrait de coronella scorpioïdes, par Cardot. (*Thèse de Nancy*, août.) — Note sur le bromhyd. d'hyoscine, par Root. (*Therap. Gaz.*, 15 sept.) — Recherches expérimentales sur l'action de la berbérine, par Curci. (*Ann. di chim. e di farmac.* juillet.) — Chlorure de méthyle, par Ch. d'Ivors. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, suppl. t. 40.) — Résorcine par P. Decaye. (*Ibid.*, suppl. t. 40.) — Coto, par Ch. d'Ivors. (*Ibid.*, suppl. t. 40.) — Drosera, par Ch. d'Ivors. (*Ibid.*, suppl. t. 40.) — Jequirity, par L. Robert. (*Ibid.*, suppl. t. 40.) — Evonymin et hydrastis, par P. Decaye. (*Ibid.*, suppl. t. 40.) — Kairine par P. Decaye. (*Ibid.*, suppl, t. 40.) — Térébène et térébenthine, par Bourgeois et L. Hahn. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, XVI.) — Pelletiérine, par E. Labbée. (*Ibid.*, 2e série, XXII.) — Note sur l'action physiologique de la pipéridine ordinaire, par Œschner de Coninck et Pinet. (*Soc. de Biologie*, 30 oct.) — La narcéine, son action physiologique et médicamenteuse, par Laborde. (*Soc. de Biologie*, 29 mai.) — Note sur l'action physiologique de l'erythrina corallodendron, par Pinet et Duprat. (*Soc. de Biologie*, 12 juin.) — Des effets anaphrodisiaques du café, par E. Dupuy. (*Soc. de Biologie*, 10 juillet.) — Note sur l'action physiologique de la piliganine, par G. Bardet. (*Soc. de Biologie*, 10 juillet.) — De l'action de la lobelia inflata sur le cœur et la circulation, par Afanassieff. (*Ejened. klin. Gazeta*, n° 18.) — Action de la cascara sagrada sur la digestion, par Tcheltzoff. (*Ejened. klin. Gazeta*, n° 21.) — Bromhydrate d'homatropine, par Jackson. (*Med. news*, 24 juillet.) — Sur la découverte de l'action mydriatique des solanées, par Robert. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Note sur l'action physiologique du solanum paniculatum, par Duprat. (*Soc. de Biologie*, 12 juin.) — Les propriétés

physiologiques et l'emploi thérapeutique de la solanine, par Eloy. (*Union médicale*, 6 novembre.) — Note sur le coto par Cauvet. (*Lyon méd.*, 26 sept.) — Recherches sur l'iodol, par Pahl. (*Inaug. Diss., Berlin.*) — De l'iodol, par Turazza. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 36.) — De quelques propriétés physiologiques de l'iodol, par Faravelli. (*Bull. accad. med. Genova*, II, n° 1.) — Note sur l'emploi de l'iodol en chirurgie et gynécologie, par Piermarini. (*Boll. acc. med. di Roma*, n° 3.) — Fâcheux effets de la teinture d'iode, par Carles. (*Journ. de pharmacie*, 1er oct.) — De l'action antiseptique et antithermique de l'eugénol, par Morru et de Regibus. (*Gaz. d. cliniche*, n° 15.) — Influence du nitrite d'annyle sur l'urine, par Walter. (*Vratch*, n° 12.) — De l'action diurétique du mercure, par Spiller Locke. (*The Practitioner*, septembre.) — De la terpine, par Madia. (*Riv. clin. e. terap.*, sept.)— Étude sur le chlorure de camphre, par Perrenot. (*Thèse de Lyon*, 8 juillet.) — Étude physiologique et thérapeutique du bichromate de potasse, par Frache. (*Thèse de Nancy*, juillet.) — Étude physiologique et thérapeutique du chlorure de calcium cristallisé, par Spillmann. (*Thèse de Nancy*, 27 juillet.) — Notes sur les propriétés du fluorure de sodium, par Kolipinski. (*Med. news*, 21 août.) — Sur l'action biologique du camphre monochloré comparée à celle d'autres dérivés du camphre, par Curci. (*Ann. di chim. e di farm.*, juillet.) — De l'action physiologique du méthylal et de son pouvoir hypnotique, par Personali. (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, p. 293.) — Les savons à la potasse surchargés de graisse, par Unna. (*Monatshefte f. prakt. Derm.*, n° 8, p. 348.) — L'onguent iodopotassique, par Mielck. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 8, p. 356.) — De la lanoline, par Spannocchi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 28.) — De la lanoline, par Campana. (*Bull. accad. di Genova*, II, n° 1.) — De la lanoline, par Kinnier. (*Journ. of cut. dis.*, sept.) — De la lanoline comme base de pommades, par Pavlovsky. (*Russkaia med.*, n° 12.) — Absorption des médicaments dans les pommades à la lanoline, par Burjinsky. (*Vratch*, n° 23.) — De la lanoline, par Fijalkowski. (*Wiadom. Farmaceut.*, n° 13.) — Recherches sur la possibilité de faire absorber les médicaments par la peau au moyen de la lanoline, par B. Perli. (*Giorn. int. delle sc. med.*, 5 fév.)

Pharynx. — Études des abcès rétro-pharyngiens, par Zitrin. (*Russkaia med.*, n° 22.)

Phlegmon. — Des phlegmons du membre inférieur observés dans les hôpitaux de la marine et à bord des bâtiments de la flotte, par Hervé. (*Thèse de Bordeaux*, août.)

Pied. — Remarques sur le traitement du pied bot, par V. Gibney. (*New York Med. Journ.*, p. 427.) — Double pied bot varus équin myélitique, par Gérin Roze. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin.) — Leçon sur le pied plat et sur l'économie de la voûte plantaire, par Humphry. (*Lancet*, 20 mars.)

Pigment. — Pigments et matières colorantes de l'économie animale, par Villejean. (In-8°, 93 p., *Paris.*) — Remarques sur les pigmentations d'origine hématique des tissus et des humeurs dans les fièvres et dans les cachexies, par Kiener. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 6.)

Placenta. — Développement exagéré du placenta, par Donzellini. (*Gaz. d. Cliniche*, juillet, n° 2.) — De la conduite à tenir dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, par Stapfer. (*Union médicale*, 23 octobre.)

Plèvre. — La nature de la pleurésie, par Blachez. (*Gaz. heb. de méd.*, 8 oct.) La nature de la pleurésie, par E. Martel. (*Gaz. heb.*, 22 oct.) — De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques, par Renaud. (*Thèse de Nancy*,

7 août.) — Le déplacement du cœur à droite et l'hypertrophie du ventricule droit dans les adhérences pleurales totales, par ALIVIA. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 70.) — Étude sur la pleurésie diaphragmatique, par F. DONALDSON. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 484.) — Étude sur quelques cas de pleurésie diaphragmatique, par ED. BRUEN. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 44, 10 juillet.) — Pleurésie purulente suivie d'abcès du cerveau, par FINLAY. (*Lancet*, 13 févr.) — Contribution à l'étude anatomique de la pleurésie purulente chronique ouverte à l'extérieur, par POUJOL. (*Thèse de Montpellier.*) — Résection des côtes dans la pleurésie, par LASTARRIA. (*Revista med. de Chile*, juin.) — Deux cas d'opération d'empyème dont l'un avec résection costale, par BARBENECHEA. (*Revista med. de Chile*, juin.) — Note sur le résultat d'une opération d'Estlander, par DUBRUEIL. (*Gaz. heb. sc. méd. Montpellier.*) — A propos des traitements de la pleurésie purulente, par REVILLIOD. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 oct.) — Sur le traitement de la pleurésie purulente, par LAFAGE. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème, par LAGRANGE. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 oct.) — Cancer de la plèvre et du péricarde, par ROUSTAN. (*Soc. anat.*, 25 juin.)

Poil. — Des méthodes galvaniques pour l'ablation des poils anormalement situés, par MICHELSON. (*Monats. f. prakt. Dermat.* p. 502, n° 11.)

Poumon. — Poumon gauche à 3 lobes, par GIORGIERI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 33.) — Rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique, par GARNIER. (*Gaz. des hôp.*, 12 oct.) — Étude sur les microcoques de la pneumonie fibrineuse, par FRAENKEL. (*Zeit. f. klin. Med.* XI, 5 et 6.) — Études anato-pathologiques : phtisie chronique, pneumonie lobaire, par DELAFIELD. (Vol. II, part 2, *New-York.*) — Etiologie et pathogénie de la pneumonie fibrineuse, par SERAFINI. (*Riv. int. di med.*, sept.) — De l'hémoptysie envisagée comme symptôme de la pneumonie, et plus spécialement de la pneumonie du sommet, par HOOD. (*Lancet*, 19 juin.) — La pneumonie peut-elle résulter directement d'une violence extérieure ? par O. STURGES. (*Lancet*, 24 avril.) — Sur la pneumonie, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 16 mai.) — Quelques considérations pratiques sur la pneumonie consécutive à l'athrepsie des nouveau-nés, par SAINT PAU. (*Thèse Montpellier*, n° 29.) — De la fluxion pulmonaire aiguë et de ses variétés, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — Le cours de la fièvre dans la pneumonie, par MARAGLIANO. (*La riforma med.*, 25 sept.) — Observation de pneumonie lobaire à foyers successifs, par RENAULT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 juillet.) — Du son tympanique dans la pneumonie, par BERNHEIM. (*Union médicale*, 30 sept.) — De la spléno-pneumonie, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. heb. de méd.*, 12 nov.) — De la spléno-pneumonie, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 18 septembre.) — Pleuropneumonie, par PEPPER. (*The Polyclinic*, IV, août.) — Pathogénie de la tuméfaction aiguë de la rate dans la pneumonie croupale, par QUEIROLO. (*Boll. d. Accad. med. di Genova*, avril-mai.) — Un cas de pneumonie par embolie, par FRANK. (*Wien. med. Presse*, p. 617, n° 19.) — Pneumonie, néphrite, endocardite infectieuse, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 4 nov.) — Pneumonie et endocardite végétante par DE GRANDMAISON. (*Soc. anat.*, 23 avril.) — Pleuro-pneumonie fibrineuse après inoculation des produits d'une endocardite végétante rencontrée chez une malade atteinte de pneumonie lobaire ; contribution à l'étude du pneumocoque, par NETTER. (*Soc. anat.*, 9 avril.) — De la pneumonie maladie générale infectieuse, par LECA. (*Thèse de Montpellier.*) — Pneumonie, infectieuse épidémique, par CHEVROT. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.) — Les pneumonies infectieuses épidémiques du 1er semestre de 1886. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept.) — Discussion sur la pneumonie contagieuse (*Canadian med. assoc.*, 18 août.)

— Observations pour servir à l'histoire de la pneumonie contagieuse, par Lemaire. (*Normandie médicale*, 15 août.) — Abcès du poumon consécutif à une pneumonie, traité par la ponction et le drainage; mort, par Brookhouse. (*Lancet*, 12 juin.) — Déchirure sous-pleurale du poumon consécutive à une contusion du thorax, par T. Holmes. (*Lancet*, 8 mai.) — Un cas de pneumothorax, par Rodsajewski. (*St-Petersburg. med. Woch.*, n° 38.) — Du pneumothorax sous phrénique, par Eigner. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 34.) — Sur le traitement moderne de la pneumonie, par Netter. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.) — Pneumonie anormale, traitement par les préparations d'aconit. Guérison, par Thomassin. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — Nouvelle méthode de traitement de la pneumonie; injections parenchymateuses. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.)

Pression. — Pathogénie des accidents de l'air comprimé, par Cassaet. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Des causes de la dyspnée et de la faiblesse cardiaque aux altitudes élevées, par Donaldson. (*Med. news*, 18 sept.)

Prostate. — Volumineux calcul de la prostate, taille latérale, guérison, par Ferreri. (*Lo Sperimentale*, n° 8.) — Des prostatites chroniques, par Guyon. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 sept.) — Hypertrophie de la prostate; rétention d'urine. Opération. Guérison, par C. Wile. (*Brit. med. journ.*, p. 909, nov.) — Pathologie et traitement de l'hypertrophie prostatique, par F. Rockwell. (*New York Med. Journ.*, 10 juillet, p. 29.)

Psoriasis. — Kératose folliculaire avec fissure de la langue et leucoplasie buccale, par Morrow. (*Journ. of cut. dis.*, sept.) — Psoriasis survenu à la suite de frayeur et d'émotion morale, par Heulz. (*Annales de Dermat. et de Syph.*, n° 6.) — Traitement du psoriasis vulgaire, par Bloom. (*Americ. practit. and news*, 29 mai.)

Ptomaïne. — Des alcaloïdes cadavériques ou ptomaïnes, par Corona. (*La Rassegna*, n° 9.) — Des alcaloïdes animaux, par Belleli. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 6.)

Psychologie. — La mesure des processus psychiques, par Jastrow. (*Rev. scientif.*, 9 oct.) — L'origine de l'instinct et de l'action réflexe, par Fouillée. (*Rev. des deux mondes*, 15 oct.) — Les impressions réitérées, par Soret. (*Rev. scientif.*, 4 sept.)

Psychose. — Sur l'impossibilité de considérer les mouvements conscients comme cause absolue de la responsabilité, par Fiorelli. (*Arch. di psychiatria*, VII, 3.) — Dysménorrhée à la suite de rétroversion utérine comme cause de mélancolie, par Boldt. (*New Yorker med. Presse*, n° 6.) — Hallucination, par J. Christian. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, XII.)

Purpura. — Du purpura hœmorragica, par Masing. (*St-Peters. med. Woch.*, n° 39.) — Observation de purpura hemorragica, par Pons Simon. (*Gaz. des hôp.*, 9 oct.)

Puerpéral (État). — Des modifications du pouls dans l'état puerpéral, par Kehrer. (In-8°, *Heidelberg.*) — Observation de fièvre lactée prolongée, par Raulin. (*Union médicale*, 14-15 août.) — Des micro-organismes des lochies normales, par Kuliscioff. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 77.) — De la convalescence puerpérale et des maladies de cette période, par Kucher. (In-8°, *New-York.*) — Deux cas de thrombose de l'artère pulmonaire, suites de couches. Guérison, par Playfair. (*Transact. of obst. Soc. London*, XXVI, p. 162.) — Fièvre puerpérale traitée par les lavages antiseptiques intra-utérins. Guérison, par Kuhn. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — D'un moyen d'empêcher

les accès nerveux qui se montrent pendant les irrigations intra-utérines dans le puerpérisme, par Roncaglia. (*La Rassegna*, *Modène*, n° 7.) — Lésions ophtalmoscopiques dans la fièvre puerpérale, par Bayer. (*Berl. klin. Woch.*, 30 nov. 1885.)

Pychémie. — Infection purulente. Arthrotomie du genou droit. Guérison avec conservation des fonctions de l'articulation, par Ferret. (*Progrès médical*, 23 octobre.)

Q

Quinine. — Sur la composition du sulfate de quinine vendu à Bukarest, par Urbeauce. (*Bull. thérap.*, 30 octobre.) — Étude sur la cinchonidine et ses sels comme succédanés de la quinine, par Le Juge de Segrais. (*Arch. de méd.*, oct.).

R

Race. — La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation par Orgeas. (In-8°, *Paris.*)

Rachis. — Des rapports de l'apophyse odontoïde avec le centre de la vertèbre axis, par Cunningham. (*Brit. Assoc. for advanc. of sciences*, 55e *Congrès*, *Aberdeen*, 1885.) — Les épines neurales des vertèbres cervicales comme caractère de race, par Cunningham. (*Journ. of anat. and physiol.*, juillet.) — Sciatique et scoliose, par Nicoladoni. Obs. à rapprocher du travail d'Albert, XXVIII, 643. (*Wiener med. Presse*, n° 26.) — Traitement de la scoliose, par Jazinski. (*Gazeta lekarsk*, n° 3.) — Pathologie et traitement de la scoliose, par Lorenz. (In-8°, *Vienne.*) — Observation de coccygodynie, par von Muralt. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er sept. 1885.) — Des lésions traumatiques des vertèbres cervicales, par Kitschigin. (*Russkaia med.*, n° 29.) — Remarques sur la pathologie et le traitement de la paraplégie dépendant du mal de Pott, par Althaus. (*N. York Acad. of med.*, 8 oct.) — Cas de tumeurs malignes des vertèbres avec paraplégie douloureuse, par E. Edes. (*Boston med. journ.*, 17 juin, p. 559). — Cancer primitif du poumon, propagation à la colonne vertébrale, paraplégie, par Muselier. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 avril.)

Rachitisme. — Rachitisme et syphilis osseuse, essai de différenciation anatomique et clinique, par Assada. (*Thèse de Lyon*, 6 août.)

Rage. — Étude expérimentale sur l'incubation de la rage, par Szpilman. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — La recrudescence de la rage, par Generali. (*La Rassegna*, n° 10.) — Le microbe de la rage, par Dowdeswell. (*Lancet*, 12 juin.) — La rage des loups, par Du Mesnil. (*Ann. d'hyg.*, oct.) — Rage humaine, par Kiemann. (*Med. chir. Cent. Vienne*, n° 27.) — Nouvelle communication sur la rage, par Pasteur. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — La rage, travaux de Pasteur; notions générales sur la rage considérée chez l'homme et chez différentes espèces animales, par Portanier. (In-12, 244 pages, *Nice.*) — Sur la prophylaxie de la rage, par Warlomont. (*Bull. de*

l'Ac. de méd. de Belgique, juin.) — Le traitement préventif de Pasteur pour la rage, par Melotti. (*Bull. d. scienze med.*, mai.) — Des vaccinations préventives de Pasteur, par Ullmann. (*Soc. de méd. de Vienne*, 21 mai.) — Le traitement préventif de la rage après morsure, par Melotti. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 64.) — Les injections hypodermiques de sublimé dans le traitement de la rage, par M. de Capoa. (*Broch. Naples.*) — Du traitement curatif de la rage d'après les expériences de Pasteur, par Diomede Carito. (*Broch. in-8° Naples.*) — « Pasteurisation » contre la rage, par Stockwell. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — Etude du traitement prophylactique de la rage, par Afonski. (*Russkaia med.*, n° 24.) — *Idem*, par Laschkewitsch et Makawejew. (*Ibid.*, n°s 17 et 21.) — La méthode de Pasteur contre la rage, par Barbacci. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 38.) — Étude du traitement de la rage, méthode de Pasteur, par Brunelli. (*Bull. Accad. med. di Roma*, n° 3.) — Cas de rage quatre mois après une morsure profonde au doigt, par Saussol. (*Gaz. hebdom. de Montp.*, n° 4.)

Rate. — Extirpation de la rate hypertrophiée et ectopiée, par Ceci. (*La Riforma med.*, 19 avril.)

Rectum. — Du traitement du prolapsus du rectum, par Cecchini. (*La Rassegna di sc. med.*, mars.) — De l'occlusion primitive et de la guérison rapide des fistules rectales, par Smith. (*N. York med. Record*, 12 juin.) — Tumeur congénitale du rectum, par Haynes. (*Med. News*, 31 juillet.) — Imperforation du rectum traitée avec succès par la colotomie inguinale gauche, par Stott. (*Lancet*, 17 avril.) — Des polypes du rectum, par Holtkamp. (In-8°, *Leipzig.*) — Excision d'un squirre cancéreux du rectum; guérison, par Freeman. (*Lancet*, 20 mars.)

Rein. — Nerfs vaso-moteurs des reins, par Smirnow. (*Iejenedelnaïa klinit. gazeta*, 1885, n°s 7, 8, 9.) — Des fibres musculaires lisses de la capsule surrénale dans l'état normal et pathologique, et de l'adénome de ces organes, par Di Mattei. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 322.) — Sur la physiologie pathologique des capsules surrénales, par G. Tizzoni. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — De l'hyperplasie compensatrice des capsules surrénales, par Di Mattei. (*Gazz. di cliniche.*, n° 16.) — Rein unique tuberculeux, par Limpéropoulo. (*Soc. anat.*, 30 avril.) — Des accumulations médicamenteuses dans le cas d'imperméabilité rénale, par Joulia. (*Thèse Montpellier.*) — De l'influence de la médication sudorifique sur les échanges interstitiels et l'assimilation des substances azotées du lait dans la néphrite chronique, par Korkounoff. (*Vratch*, n° 10.) — De l'action de l'atropine sur la sécrétion rénale, par M. Gregor Robertson. (*Brit. Assoc. for advanc. of sciences*, 55e *Congrès, Aberdeen*, 1885.) — Considérations sur la classification, le pronostic et le traitement de certaines affections rénales, par Satterthwaite (*Med. News*, 23 oct.) — Pathologie et traitement des maladies du rein, par Rosenstein. (*Schmidt's Jahrb*, n° 9). — Etude expérimentale de la glomérulo-néphrite, par Welch. (*Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 10 juillet, p. 49.) — De la congestion rénale primitive et de sa pathogénie, par Robin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 novembre.) — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie, par Dieulafoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin et nov.) — De l'albuminurie comme signe de la maladie de Bright, par Marius. (*Thèse de Lyon*, 30 juillet.) — La recherche de la maladie chronique de Brihgt, par Dulles. (*Med. News*, 28 août.) — 1° Mal de Brigth aigu; mort; 2° néphrite parenchymateuse; mort, par Mader. (*Med. chir. Cent. Vienne*, n° 36.) — Brightisme et albuminurie, par Eloy. (*Union médicale*, 16 septembre.) — Les complications cardiaques de la maladie de Bright, par Whittaker. (*Med. News*, 31 juillet.) — De la sclérose artério-capillaire du

rein, par sir W. Gull. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 403.) — Contribution à l'étude des hémorragies dans les néphrites, par Launois. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Pleurésie hémorragique dans le cours d'une néphrite interstitielle, par Rendu. (*France médicale*, 7 août.) — De l'hémiplégie urémique et de l'otite hémorragique au cours du mal de Bright, par Dewèvre. (*Lyon méd.*, 3 oct.) — Un cas de suppuration du rein ; néphrotomie et drainage ; par Sadler. (*Lancet*, 15 mai.)— Phlegmon périnéphrétique indépendant de toute affection rénale, incision ; guérison, par Mesnet. (*Gaz. des hôp.*, 28 août.) — Néphrectomie par incision abdominale, par Cullingworth. (*Brit. med. journ.*, p. 823, oct.) — Calculs du rein, abcès urineux, néphrectomie, par Trélat. (*Gaz. des hôpitaux*, 18 sept.) — Néphrectomie ; mort, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier.*) — Abcès périnéphrétique d'origine calculeuse; néphrolithotomie ; guérison, par Stone et Craft. (*Lancet*, 27 mars.) — Rein flottant douloureux guéri par la néphrorragie, par Ghinozzi. (*Raccoglit. med.*, août.) — Un cas de rupture du rein, par Eales. (*Lancet*, 13 mars.) — Un cas de sarcome rétropéritonéal ayant envahi le rein, par W. Mendelson. (*New York med. journ.*, p. 669.) — Extirpation d'un rein sarcomateux chez une femme de 52 ans. Mort, sept semaines après l'opération, par double pneumonie, par Kummel. (*Soc. méd. de Hambourg*, 26 janvier.) — Cancer du rein, par Varnier. (*Soc. anat.*, 28 mai.) — Cancer du rein gauche, généralisation aux poumons et aux ganglions bronchiques, néphrite interstitielle préexistante, par Netter. (*Soc. anat.*, 4 juin.)

ésection. — Des résections articulaires dans les affections tuberculeuses, par Schreiber. (*Münchner med. Woch.*, n° 15.) —Des troubles trophiques après les résections pathologiques, par Rochet. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) Résection sous-périostée totale du coude, par Mabboux. (*Arch. méd. milit.*, septembre, p. 211.) — Résection et tuberculose du genou, indications, résultats, par Géghre. (*Thèse de Lyon*, 26 juillet.) — Résection du genou avec relation de 329 cas traités par les méthodes antiseptiques, par Phelps. (*Med. Record New York*, juillet.) — De la résection coxo-fémorale dans la coxalgie, par Roux. (*Rev. méd. Suisse Rom.*, janv.) — Résection de la hanche chez une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire ; amélioration de l'état des poumons, par Bresson. (*Progrès médic.*, 14 avril.) — Excision du tarse dans l'ostéite tuberculeuse, par Shepherd. (*Canadian med. Assoc.*, 18 août.)

Respiration. Étude sur la physiologie de la respiration des chanteurs, par Piltan. (*Acad. des sc.*, 15 nov.) — Quelques observations sur le phénomène de Cheyne Stokes, par Piaggio. (*Progrès médic.*, 21 août.) — Recherches sur la dyspnée, par Danilewsky. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — Comment il faut pratiquer la respiration artificielle dans les cas de mort apparente chez les nouveau-nés ou les opérés de trachéotomie, par F. H. Champneys. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 455.) — De la respiration artificielle dans le catarrhe suffocant, par Morpurgo. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 7.)

Rétine. — Distribution des vaisseaux dans la rétine des mammifères, par Barrett. (*Journ. of the physiol.*, VII, n° 3.) — Anastomose des veines rétiniennes sur la papille, par Randall. (*Med. News*, 11 sept.) — Histogenèse de la rétine et du nerf optique, étude pathologique de la rétine, par Falchi. (*Gaz. della cliniche*, I, n° 2.) — Expériences sur la marche de l'adaptation rétinienne, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalm.*, juillet-août.) — Des hémorragies de la rétine dans les embolies de l'artère centrale, par Changarnier. (*Rec. d'opht.*, juillet.) — De la rétinite pigmentaire, par

Ayres. (*Ann. Journ. of ophtalm.*, nº 4, p. 81.) — Chorio-rétinite périphérique associée à une pigmentation particulière des membranes muqueuses, par Hutchinson. (*Opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Analyse de 100 cas de rétinite exsudative survenant dans le cours du mal de Bright, par Bull. (*Amer. opht. Soc.*, 21 juillet.) — Décollement de la rétine et iridectomie, par Warlomont. (*Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique*, avril.) — Traitement du décollement de la rétine sans opération, par Eaton. (*Amer. Journ., of opht.*, III, nº 8.) — Du décollement de la rétine symptomatique de tumeurs intra-oculaires, par Mengin. (*Recueil d'ophtalmologie*, III, nº 2, p. 83.) — Gliome congénital de la rétine, par Webster. (*New York med. Monthly*, I, nº 2.) Le décollement de la rétine, par Caudron. (*Rev. d'ophtalm.*, 30 juin.)

Rhumatisme. — Marche irrégulière du rhumatisme aigu et de la fièvre paludique, par Neustab. (*Russkaia med.*, nº 27.) — Des troubles nerveux chez les arthritiques, par Deligny. (*Lyon méd.*, 18 juillet.) — Sur la nature du rhumatisme articulaire aigu et du pneumotyphus, par Petrone. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, nº 21.) — Le mouvement malgré la douleur dans le rhumatisme articulaire chronique, par Trastour. (*Semaine médic.*, 3 nov.) Corrélation clinique et pathologique du rhumatisme de la goutte, du diabète, du mal de Bright, par Tyson, Draper, etc. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 3 juillet, p. 20.) — Altération des nerfs périphériques dans le rhumatisme articulaire aigu, par Pitres et Vaillard. (*Soc. de biologie*, 12 juin.) — Un cas de rhumatisme cérébral, par Valette. (*Gaz. des hôpit.*, 7 oct.) — Rhumatisme cérébral à forme hyperthermique, suivi d'accidents nerveux simulant la sclérose en plaques, par Foxwell. (*Lancet*, 29 mai.) — Sur l'hyperpyrexie rhumatismale. — Un cas de rhumatisme cérébral hyperpyrétique guéri par l'enveloppement froid, par Henry Barnes. (*Edinb. med. Journ.*, p. 50, juillet.) — Inflammation simultanée de plusieurs grandes séreuses, probablement d'origine rhumatismale, par Hale White. (*Lancet*, 5 juin.) — Rétraction des aponévroses palmaire et plantaire. Rhumatisme articulaire aigu. Affection cardiaque, par Souza Leite. (*Progrès médical,* 2 octobre). — Déformation du poignet en dos de fourchette chez un rhumatisant, sans fracture antérieure, considérée au point de vue médico-légal, par Demars. (*Progrès médical*, 14 octobre.) — Des rapports de l'érythème noueux avec le rhumatisme, par Mackenzie. (*Lancet*, 19 avril.) — Rhumatisme et ostéomyélite, par Prengrueber. (*Semaine méd.*, 20 oct.) — De l'acide osmique dans le rhumatisme, par Grinewizki. (*Russkaia med.*, nº 24.) — L'emploi de l'extrait de manaca dans le rhumatisme, par Halsey. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.)

Rougeole. — Sur la durée de l'incubation et sur la contagion de la rougeole, par Sevestre. (*Rev. des maladies de l'enfance*, juin.) — Des paralysies consécutives à l'infection morbilleuse, par Bayle. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) Des bains chauds dans la rougeole, par Cohn. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, sept.)

Rubéole. — Note sur une épidémie de rubéole, par Desplats. (*Soc. médic. des hôpitaux*, 4 août.) — De la rubéole, par Desnos. (*Ibid.*, 25 août.) — De la rubéole, par Atkinson. (*Amer. dermat. Assoc.,* 25 août.)

S

Salivaire (App.). — Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire ; présence d'un parasite, par Galippe. (*France médicale*, 3 août.)

Sang. — Éléments figurés du sang, par Variot. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — Hémoglobine et formes de ses cristaux, par Burton. (*Journ. of physiol.*, VII, 2.) — Etude comparative des substances albumineuses contenues dans le sang des vertébrés et invertébrés, par Halliburton. (*Brit. Assoc. for advanc. of sciences*, 55e *Congrès, Aberdeen*, 1885.) — Sur la cause physique de la diapédèse des corpuscules blancs du sang en cas d'inflammation, par Pekelharing. (*Arch. néerland. des sciences exactes*, XXI, 1.) — Recherches hématoscopiques sur la quantité d'oxyhémoglobine chez l'homme et divers animaux, par Hénocque. (*Soc. de biologie*, 6 nov.) — L'hématoscopie, méthode nouvelle d'analyse du sang, basée sur l'emploi du spectroscope, par Hénocque. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — Règles pour l'emploi de l'hémomètre, par Fleischl. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 167.) — Expériences de médecine légale et de physiologie sur le sang, par Morigia. (*Accad. di Lincei*, II, nos 12 et 13.) — De l'hémoglobinémie et de son influence sur la circulation sanguine, par Silbermann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, 5 et 6.)

Sarcome. — Forme rare de sarcome multiple, par Porter et Formad. (*Med. News*, 7 août.) — Sarcome de la région lombaire : généralisation pulmonaire, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 août.) — Sarcome du cervelet chez un enfant issu d'une mère ayant un sarcome, par Peabody. (*Med. Record. N. York*, juin.)

Saturnisme. — Note sur le saturnisme avec examen de l'urine, par Penrose. (*Med. News*, 14 août.) — Elimination du fer et du plomb par la peau et le rein dans le saturnisme aigu, par Lavraud. (*Soc. de biologie*, 27 août.) — Sur une cause d'intoxication saturnine chez les télégraphistes, par Fleury. (*Loire méd.*, 15 déc. 1885.) — De la goutte saturnine, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 17 nov.)

Scarlatine. — Le genèse spontanée de la scarlatine, par de Matheis. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68.) — Sur la cause efficiente de la scarlatine, par Bareggi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 53.) — De l'origine bovine de la scarlatine, par Laure. (*Lyon méd.*, 13 juin.) — De l'influence des mesures d'isolement pour empêcher le développement de la scarlatine à Londres, par William Squire. (*Brit. med. Journ.*, p. 812, oct.) — Epidémie de scarlatine observée à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier en 1885, par E. Estor. (*Gazette hebd. de Montp.*, n° 20.) — Leçon clinique sur les rapports de la fièvre scarlatine et des affections du cœur, par Ashby. (*Lancet*, 22 mai.) — Des angines scarlatineuses, par Colrat. (*Lyon méd.*, p. 211, 17 oct.) — De la néphrite scarlatineuse, par J. Atkinson. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet.) — De quelques complications graves de la scarlatine, par Duschenkin. (*Russkaia med.*, n° 28.) — Scarlatine et éruptions scarlatiniformes consécutives aux traumatismes et aux opérations, par Atkinson. (*Journ. of cut. and ven. diseases*, n° 10.) — Quelques cas de ce qu'on appelle la scarlatine traumatique, par A. Kelly. (*Glasg. med. Journ.*, p. 386.) — De l'hydrothérapie et des bains dans la scarlatine, par Pollosson. (*Thèse de Lyon*, 2 août.)

Sclérodermie. — Étude clinique (2 cas) de la sclérodermie, par Graham. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.)

Scorbut. — Étude comparative du béribéri et du scorbut au point de vue de la pathologie exotique, par Bosse. (*Thèse de Lyon*, 9 juillet.)

Scrofule. — Étiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance, par Aubert. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août.) — Sur la prophylaxie et le traitement de la scrofule et de quelques maladies microphytiques, par Szerlecki. (*Bull. thérap.*, 30 octobre.)

Seigle. — L'emploi judicieux du seigle ergoté, par Potter. (*Buffalo med. and surg. journ.*, sept.) — De l'ergot de seigle après le travail, par Goodman. (*Americ. gyn. Soc.*, 22 sept.)

Septicémie. — Un cas de septicémie foudroyante par auto-inoculation, par Gross. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 mars.)—Note sur une septicémie du lapin, par G. Daremberg. (*Soc. de biologie*, 23 oct.)

Serpent. — Du permanganate de potasse contre les brûlures et les morsures de serpents; bons résultats, par Züboff. (*Med. Obosren.*, n° 8.)

Sommeil. — De l'action curative du sommeil prolongé, par L. Corning. (*New York med. Journ.*, p. 296.)

Spectre. —La technique et les applications cliniques de la spectroscopie, par Eloy. (*Union médicale,* 29 juin.)

Spina bifida. — 6 cas de spina bifida avec projection osseuse du corps des vertèbres dans le canal vertébral, par Humphry. (*Journ. of anat. and physiol.*, juill.)

Strabisme. — De la diplopie dans certaines formes de strabisme interne, par Gallenga. (*La Rassegna,* n° 9.) — L'amblyopie des strabiques; est-elle une cause ou un effet du strabisme? par Theobald. (*Medical News*, 4 sept.) — Avancement de la capsule de Tenon dans le strabisme, par Knapp. (*Americ. opht. Soc.,* 21 juillet.) — Traitement optique du strabisme, par Javal. (*Gaz. des hôp.*, 28 oct.)

Sueur. — De l'emploi du phosphate de chaux contre les sueurs des phtisiques, par Rebory. (*Thèse de Paris*, 29 nov.)

Suicide. — Suicide et tentative de suicide à l'aide de la dynamite; 2 observations, par Zalewsky. (*Gaz. hebd. Montpellier.*)

Surdité. — De l'importance de la lecture sur les lèvres pour les sourds, par Hugentobler. (*Lyon méd.*, 22 août.)

Syphilis. — Des mesures à prendre contre l'extension de la syphilis parmi les populations urbaines et rurales, par Sperk. (1er *Congrès des méd. russes*, 8 janv.) — De la syphilis en Russie d'après les statistiques officielles, par Herzenstein. (*Ibid.*, 8-12 janv.)—Considérations critiques sur les mesures actuelles contre la diffusion de la syphilis en Russie, par Herzenstein. (*Ibid.*, 8 janv.) — De la propagation des maladies vénériennes dans la population mâle de Saint-Pétersbourg, par Petersen. (*Ibid.*, 8 janv.) — De l'organisation des secours médicaux pour les syphilitiques dans les grandes villes, par Polotebnow. (*Ibid.*, 8 janv.) — Des inspections médicales pendant la foire de Nijni-Nowgorod, par Elzin. (*Ibid.*, 8 janv.) — Leçons cliniques sur la syphilis et les maladies génito-urinaires, par Otis. (In-8°. *New York.*) — De la genèse parasitaire de la syphilis, par Carmelo Andronico. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mars-avril.) — Contribution à la détermination de la nature microbienne des efflorescences cutanées d'origine syphilitique. Du traitement du psoriasis palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé, par Gilles de La Tourette. (*Soc. de biologie*, 17 juillet.) — Du bacille de la syphilis, par Doutrelepont. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11, p. 514.) — Du streptococcus dans la syphilis héréditaire, par Chotzen. (59e *Cong. des natur. allem. Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — Bacille trouvé dans le sang et les tissus altérés chez les syphilitiques, par Eve et Lingard. (*Lancet*, 10 avril.) — Tentatives d'inoculation du chancre aux animaux, par Petrone. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 24.) — De la syphilis hé-

réditaire tardive, par CORTELLA. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, juillet-août.) — Syphilis hémorragique des nouveau-nés, par MRACEK. (59e *Cong. des nat. allem. Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — De l'œdème induré, par FINGER. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11, p. 515.) — Sur la syphilis, par GRELLETY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 août.) — Un cas de syphilis latente, par PALMER. (*Journal of cut. and vener. diseases*, septembre.) — De l'infection syphilitique extragénitale, par TSCHISTJAKOW. (1er *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg*, 8-12 janv.) — Syphilis acquise observée chez un jeune garçon, par DESCROIZILLES. (*Gaz. des hôp.*, 19 août.) — Syphilis et cancer, par LANG. (*Wiener med. Blätter*, 21 oct.) — Fièvre syphilitique tardive, par CORTELLA et CAMPANA. (*Boll. d. Accad. di Genova*, avril-mai.) — Des nombreuses variétés de syphilides papulo-squameuses, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 21 sept.) — Diagnostic différentiel des syphilides papulo-squameuses et du psoriasis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 28 oct.)—Syphilides muqueuses, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 9 nov.) — Syphilis et grossesse, par BOSSI. (*Gaz. delle Cliniche*, n° 9.) — Des rapports de l'érysipèle et de la syphilis, par SCHUSTER. (*Monat. f. prakt. Derm.*, n° 11, p. 506.) — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis, par BADAL. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 104.) — Des ophtalmies de la syphilis héréditaire tardive. L'iritis, par FOURNIER. (*Recueil d'ophtalm.*, III, n° 2, p. 65.) — Chancre de la paupière et des deux seins, par MATHIEU. (*Lyon méd.*, p. 320, 4 juillet.) — Tumeur syphilitique du corps ciliaire, par FUCHS. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 juin.) — Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres. Labialites tertiaires, par TUFFIER. (*Rev. de chir.*, 10 oct.) — 4 cas de syphilis cérébro-spinale, par W. PORTER. (*New York med. Journ.*, 8 mai.) — 1 cas de myélite transverse syphilitique, par MOJA. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, janv.-fév.) — 3 cas de syphilis cérébrale, par DURAND. (*Broch. Lille.*) — Anosmie syphilitique, par HOLM. (*Hospitals-Tidende* et *Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11, p. 543.) — De la syphilis dans ses rapports avec la chirurgie des dents et de la bouche, par FRANK LYDSTON. (*Journ. of amer. med. ass.*, 12 juin, p. 652.) — Syphilose des reins, par MAURIAC. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Note sur l'albuminurie survenant dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique, par WICKHEIM. (*Union médicale*, 24 octobre.) — Des maladies syphilitiques de l'estomac, par GOUZOT. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — De l'ictère dans la syphilis, par SORRENTINO. (*La Riforma med.*, 21 juillet.) — 5 cas de lésions syphilitiques du rectum, par TAYLOR. (*Journal of cutaneous and vener. diseases*, n° 8.) — Chancre syphilitique inguinal; phagédénisme, par MERCAULT. (*Annales de derm. et de syph.*, nos 7-8.) — De l'arthrite symétrique des deux genoux due à la syphilis héréditaire, par CLUTTON. (*Lancet*, 27 févr.) — Du rupia syphilitique, par GRACIANSKI. (1er *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg*, 8-12 janv.) — Du traitement du stade de début de la syphilis, par LIPP. (59e *Cong. des nat. allem. Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — L'excision du chancre comme méthode abortive de la syphilis, par CARMELO. (*Bull. d. scienze med.*, mai.) — Contribution à l'étude du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre, par BOUCHET. (*Thèse Montpellier*, n° 31.) — Des méthodes modernes de traitement des maladies vénériennes, par MÜLLER. (In-8°. *Munich.*) — De l'élimination du mercure par l'urine dans le traitement par les injections sous-cutanées, par SUCHOW. (1er *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg*, 8-12 janv.) — Du dosage du mercure dans la méthode de Witz; de l'élimination du mercure par l'urine après les frictions au savon mercuriel, par MICHAILOWSKI. (*Ibid.*, 8 janv.) — Du traitement mercuriel chronique de la syphilis, par CASPARY. (59e *Cong. des nat. allem. Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — Injections d'oxyde jaune de mercure dans les muscles

fessiers chez les syphilitiques, par Schadek. (*Wien. med. Presse*, n° 28, p. 913.) — Du traitement de la syphilis par les injections de calomel, par Lanz. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 35, 11 sept.) — Sur les injections intra-musculaires de mercure métallique contre la syphilis, par Luton. (*Assoc. française, Congrès de Grenoble*, p. 574.) — Traitement de la syphilis tertiaire, par Mauriac. (*Semaine méd.*, 18 août.) — Traitement des suites de la syphilis nasale et pharyngo-buccale, par H. Goodwillie. (*New York med. Journ.*, p. 707.) — De l'action des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis, par Witz. (1er *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg*, 8-12 janv.)

T

Tabac. — De l'état actuel de l'amblyopie tabagique, par Minor. (*Amer. journ. of ophthalm.*, III, n° 2, p. 26.)

Tænia. — De la fréquence du tænia inerme chez l'homme et de la rareté relative des observations de ladrerie du bœuf, par Perroncito. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 125.) — D'un nouveau tænifuge, par Campi. (*Raccoglit. med.*, août.) — De la valeur tænifuge de la fougère mâle de Normandie, par Bérenger-Féraud. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.)

Taille. — Un cas de taille sus-pubienne, par Akimow. (*Russkaia med.*, n° 27.) — Quatre cas de lithotomie sus-pubienne, par Jacobson. (*Brit. med. journ.*, p. 759, oct.) — Un cas de taille sus-pubienne, par Gerster. (*New York med. journ.*, p. 642.)

Teigne. — Des teignes, par Quinquaud. (*Semaine méd.*, 25 août.) — Du favus, par Boer. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 11, p. 517.) — Teignes, zool., par Laboulbène. pathol., par E. Chambard. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, XVI.)

Température. — Des modifications de la température animale liées à la contraction musculaire et de leurs causes, par Laborde. (*Soc. de Biologie*, 19 juin.) — Les anesthésiques et la thermogenèse, méthode pour mesurer instantanément les moindres variations dans la production de la chaleur animale, par d'Arsonval. (*Soc. de Biologie*, 5 juin.) — Influence de la fréquence de la respiration sur la chaleur chez le chien, par Ch. Richet. (*Soc. de Biologie*, 31 juillet.) — Expériences ayant pour but d'intervertir les oscillations diurnes de la température chez l'homme sain, par Mosso. (*Giorn. della R. acad. di med. di Torino*, p. 129.)

Tendon. — Tendon, par A. Hénocque. (*Diction. encycl. des sc. méd.*, 3e série, XVI.) — Luxation des péroniers latéraux, ténotomie, par Mollière. (*Lyon méd.*, p. 576, 29 août.) — Sur un kyste tendineux de la gouttière calcanéenne, par Tuffier. (*Soc. anat.*, 16 avril.) — Note sur un cas de rupture tendineuse sus-rotulienne des deux côtés, par Ed. Blanc. (*Lyon méd.*, oct.) — Sarcome de la gaine fibreuse du tendon fléchisseur du pouce, amputation, par Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 671.) — Excision des tendons accessoires de l'extenseur commun des doigts, à l'index d'un pianiste, par V. Gibney. (*New York med. journ.*, p. 383.)

Testicule. — Du traitement radical du varicocèle et de l'hydrocèle, par Keyes. (*Med. Record. N. York*, 20 fév.) — Accident rare de l'opération de l'hydrocèle, contracture du bras, par Boursier et Loumeau. (*Journ. de méd. de*

Bordeaux, 20 juin.) — Pathogénie de l'hématocèle, par RECLUS. (*Gaz. hebdomad.*, 24 sept.) — Étude clinique et thérapeutique de l'hématocèle de la tunique vaginale, par RIEDEL. (*Inaug. dissert. Halle.*) — Mort subite (syncope), par un coup sur le testicule, par IVANOFF. (*Med. spisanie Bulgarie*, 20 juin.) — Testicule (*anat., phys. et path.*), par TOURNEUX, G. HERRMANN et RECLUS. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3ᵉ série, XVI.) — Du traitement de l'orchite aiguë par la teinture d'anémone pulsatile, par MARTEL. (*Bull. de thér.*, 15 mars.) — Etiologie et traitement de l'épididymite, par KRUKER. (*Diss. inaug. Breslau.*) — Épididymite tuberculeuse gauche, castration, pansement à l'iodoforme, guérison, par HOFMOKL. (*Med. chir. cent. Vienne*, nº 36.) — Orchite tuberculeuse des deux testicules, double castration, guérison, par HOFMOKL. (*Ibid.*, nº 37.) — Des affections syphilitiques de l'épididyme, par SCHADECK. (*St-Petersb. med. Woch.*, nº 52, 1885.) — Luxation du testicule par SMITH. (*Indian. med. gaz.*, juillet.)

Tétanie. — Tétanie avec symptômes particuliers, par MADER. (*Med. chir. cent. Vienne*, nº 30.) — Tétanie, par F. RAYMOND. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3ᵉ série, XVI.)

Tétanos. — De l'étiologie du tétanos, revue. (*La Riforma med.*, 18 nov.) — Tétanos (chir.), par E. MATHIEU. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3ᵉ série, XVI.) — Sur la nature infectieuse du tétanos, par VANNI. (*Raccoglit. med.*, nº 1, juillet.) — Étiologie du tétanos, par RAYMOND. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 oct.) — De l'origine équine du tétanos, par VERNEUIL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 sept.) — Au sujet de l'origine équine du tétanos, par LEGRAS. (*Ibid.*, 24 sept.) — L'origine équine du tétanos, par ROUX. (*Rev. scientif.* 26 sept.) — Origine équine du tétanos, par ROMAIN. (*Gaz. hebd. de méd.* 1 oct.) — L'origine du tétanos, par SAINT-VEL. (*Ibid.*, 15 oct.) — Histoire de 4 cas de tétanos traumatique, par DOZZI. (*Riv. venet. di sc. med.*, juillet.) — Tétanos traumatique subaigu guéri par le bromure de potassium à haute dose, par MONTAGNON. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — Tétanos traumatique traité par l'hydrate de chloral et l'uréthane; guérison, par JACKMAN. (*Lancet*, 12 juin.)

Thé. — Un cas de délirium tremens causé par l'habitude de chiquer du thé, par SLAYTER. (*Lancet*, 24 avril.)

Thérapeutique. — Les plantes d'Egypte; El Kellah, par HASSAN MAHMOUD PACHA. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 3.) — Une nouvelle méthode en thérapeutique. De l'entraînement des déchets organiques incomplètement oxydés, par ROBIN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 juillet.) — Un cas curieux de tolérance à l'égard de l'opium, par MOUTARD MARTIN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juillet.) — L'antipyrine et les antipyrétiques, par WINTERNITZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 avril.) — Un nouvel antithermique, l'antifébrine, par ELOY. (*Union médicale*, 23 sept.) — Revue critique sur l'antipyrine. (*Therap. Gaz.*, 15 août, p. 542.) — De nouveaux faits confirmatifs de la haute valeur thérapeutique de l'antipyrine, par FERREIRA. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 août.) — De l'antipyrine dans la pneumonie croupale, par POSADSKY. (*Éjened. klin. Gazeta*, nº 30, 1885.) — Sur la valeur de l'antipyrine spécialement appliquée à la thérapeutique infantile, par GROTH. (*Thèse de Lyon*, nº 312.) — De la valeur clinique de l'antipyrine dans les maladies fébriles, par E. CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 12 sept.) — De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire et la migraine, par KHOMIAKOFF et LVOFF. (*Vratch*, nº 51, 1885.) — Sur l'antipyrine considérée comme médicament nervin, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 15 août.) — De l'influence de l'antipyrine sur la sécrétion urinaire, par CASIMIR. (*Thèse de Lyon*, 7 août.) — Antipyrine et antipyrèse, par CATTANI. (*Gaz. med. ital. lomb.*, nº 15.) — Action

favorable de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, la pneumonie croupale, par KARST. (*Med. pribar. morsk. sbornik.*, janv., p. 42.) — Action antipyrétique de l'antipyrine, par BURTZEFF. (*Ibid.*, mars.) — De l'action physiologique de l'antipyrine et de la thalline, par ANSEROFF. (*Med. Obozren.*, n° 1, p. 63.) — L'antipyrine comme antiabortif, par MEOLA. (*La Riforma med.*, 10 mai.) — Antipyrine, par P. DECAYE. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, supplément, t. 40.) — Contribution à l'étude de l'antipyrine, par MASIUS et SNYERS. (*Bull. de l'acad. de méd. de Belgique*, juin.) — Action de la thalline sur la température, le pouls, la respiration, la proportion d'urine et d'urée à l'état de santé et de fièvre, par KARST. (*Vratch*, n° 2.) — Action physiologique de la thalline, par TCHISTOVITCH. (*Ejenedeln. klin. Gazeta*, n° 28, 1885.) — Action antipyrétique du sulfate de thalline, par BRITNEFF. (*Russkaia med.*; n° 1.) — Le bromhydrate d'hyoscine comme hypnotique, par FRANCIS et JOHN HAYNES. (*Therap. Gaz.*, 15 sept.) — La piscidia érythrina comme hypnotique, par SPENCER HALSEY. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — De l'emploi de la piscidia erythrina en obstétrique, par LESSONA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 56.) — Action physiologique et thérapeutique du sulfate de spartéine, par TRAVERSA. (*Il Morgagni*, août.) — Du sulfate de spartéine, spécialement dans son action sur le cœur et la circulation, par GARAUD. (*Thèse de Lyon.*) — De quelques propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'hydrastine, par PELLACANI. (*Boll. d. Accad. med. di Genova*, avril-mai.) — Sur l'emploi de l'hyoscyamine, par DANA. (*N. York neurol. Soc.*, 5 oct.) — Contribution à l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'uréthane, par CHANSON. (*Thèse Montpellier.*) — De l'huile de Chaulmoogra, son emploi en thérapeutique, par MARÇON. (*Thèse Montpellier.*) — De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses, et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales, et en particulier du choléra asiatique, par DUBOUÉ. (In-8°. *Paris.*) — Application du froid (sacs de glace ou compresses froides) sur la région cardiaque dans la fièvre, par GRIGOROVITCH. (*Wratch*, n° 24.) — Quelques expériences avec la solution d'arséniate de potasse, par WEYMANN. (*Thérap. Gaz.*, 15 juillet.) — Emploi thérapeutique de la lanoline, par LASSAR. (*Brit. klin. Woch.*, n° 5.) — *Idem.* par KOEBNER. (*Ibid.*) — De l'emploi thérapeutique des emplâtres de thapsia, par J. CROOK. (*New York med. journ.*, 10 juillet, p. 41.) — Traitement du catarrhe par les antispasmodiques, par DAVID LEES. (*Lancet*, 27 févr.) — De quelques remèdes nouveaux employés dans les maladies cardiaques (caféine et convallaria majalis), par SANSOM. (*Lancet*, 20 mars.)

Thorax. — Sarcome du médiastin, par PEIPERS. (*Berl. klin Woch.* 28 sept. 1885.) — Tumeur sarcomateuse intra-thoracique, par NARDY. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.) — Une tumeur du médiastin, par WHITTIER. (*Boston med. journ.*, 1er avril, p. 289.) — De la thoracoplastie, par DURAND. (*Thèse Montpellier.*)

Thyroïde. — De quelques altérations des centres nerveux chez le chien à la suite de l'extirpation de la thyroïde, par LUPO. (*La Riforma med.*, 24 août.) — Théorie du goitre, par SCHRANZ. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 1.) — A quoi sert la thyroïde, par HERZEN. (*Semaine méd.*, 11 août.) — Encore la thyroïde, par HERZEN. (*Semaine méd.*, 7 sept.) — Quelques cas de thyroïdites aiguës à la suite de l'arrêt de la menstruation, par PARNET. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Tumeur du corps thyroïde; mort, par GUILLET. (*Soc. anat.*, 14 mai.) — Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles, par NOTTA. (*Normandie médicale*, 15 septembre.) — Etude sur le goitre et son traitement chirurgical, par SCHILL. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 6.) — Un cas de thyroïdectomie; remarques, par SYMONDS.

(*Lancet*, 1er mai.) — Goitre exophtalmique et autres espèces d'hypertrophie du corps thyroïde, par SQUIRE. (*Lancet*, 8 mai.) — Maladie de Basedow ou de Graves, par BOTKINE. (*Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — Observation de maladie de Basedow avec vitiligo généralisé, par MARIE. (*France médicale*, 14 août.) — Goitre exophtalmique, prédisposition héréditaire, par WILD. (*British med. journ.*, n° 1326, p. 1021.)

Torticolis. — Du torticolis postérieur d'origine musculaire, par BOBICHON. (*Thèse de Lyon*, 2 juin.) — Torticolis dû à la rétraction des scalènes, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpel.*)

Transfusion. — De la transfusion du sang, par CAVAZZANI. (*Riv. veneta di Sc. med.*, sept.) — Des injections intra-veineuses de solutions salines, par HARRINGTON. (*Boston med. journ.*, 27 mai, p. 481.) — Sur un cas d'anémie grave, transfusion d'eau salée, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 25 juillet.)

Trépanation. — Sur la trépanation du crâne dans la principauté du Monténegro, par VÉDRÉNES. (*Rev. d'anthropol.*) — De la trépanation dans le traitement des fractures du crâne, par DALLE. (*Riv. veneta di sc. med.*, 9 sept.) — Un cas de trépanation, par SUBBOTIC. (*Wien. med. Presse*, n° 27, p. 949.) — Apoplexie de la rate chez un chien qui avait subi la trépanation, par GRIGORESCU. (*Soc. de Biologie*, 19 juin.)

Trichinose — Trichinose, par MELICHAR. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 29.)

Tuberculose. — La réaction contre les idées sur le bacille tuberculeux en Allemagne, par MAYS. (*Med. News*, 25 sept.) — Colonies de bacilles de la tuberculose, par MORPURGO. (*Arch. per le scienze med.*, X, 3.) — Distribution des bacilles tuberculeux dans les organes dans les différentes maladies tuberculeuses, par G. FUTTERER. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* C, 2, p. 236.) — De la pathogénie de la tuberculose selon les idées actuelles, par BECAR. (*Arch. méd. belges*, juillet.) — De la contagion et de la transmissibilité de la tuberculose, par NIEPCE. (*Broch. Grenoble.*) — La contagion de la tuberculose et les salles d'inhalation du Mont-Dore, par NICOLAS. (*Union médicale*, 12 juin.) — Inoculation de la tuberculose chez un enfant (par la circoncision), par ELSENBERG. (*Berl. klin. Woch.*, n° 35.) — Ulcération tuberculeuse consécutive à la circoncision, par HOFMOKL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 mai.) — De la tuberculose, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 26 juin.) — De la fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, par PAPON. (*Thèse Montpellier.*) — De la tuberculose de la peau et des muqueuses, par SCHWIMMER. (59e *Cong. des natur. allem. Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 11.) — Trois cas de tuberculose buccale, par BRYSON DELAVAN. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 19 juin, p. 691.) — Tuberculose des capsules surrénales, tuberculose pulmonaire, endocardite rhumatismale, méningite, par GRAVERY. (*Soc. anat.*, 30 avril.) — Symptômes, diagnostic et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme, par HEGAR. (In-8°. *Stuttgart.*) — Ulcérations tuberculeuses du vagin et de la vessie, par MÉNÉTRIER. (*Soc. anat.*, 18 juin.) — De la fracture spontanée dans la tuberculose épiphysaire, par FERRARI. (*Boll. acad. med. di Genova*, II, n° 1.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par CELLI et GUARNERI. (*Bull. acad. med. di Roma*, n° 3.) — Essai critique sur le traitement étiologique de la tuberculose, par BERTRAND. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — De l'action du bacterium termo chez les animaux tuberculeux, par FLORA et MAFFUCCI. (*Riv. int. di med.*, sept.) — Traitement de la phtisie par le procédé de Cantani, bactériothérapie (insuccès), par FILIPOVITCH. (*Bull. soc. med. d'Odessa*, n° 6.) — Traitement de la tuberculose par la bactériothérapie (inhalations de bacterium termo), par TESTI et MARZI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 60.) —

Onze cas de phtisie traités par les injections d'iode phéniqué, par White Blake. (*Med. record N. York*, n° 21.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'eucalyptol. (*Gaz. des hôp.*, 9 oct.) — Des pointes de feu et des hémoptysies consécutives à leur emploi dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Renault. (*Thèse de Lyon*, 31 juillet.) — De la prophylaxie et du traitement de la phtisie pulmonaire par les climats d'altitude, par Deligny. (In-8°. *Vichy.*) — Traitement de la phtisie pulmonaire à Jalta, 1,000 cas, par Chtangueieff. (*Broch. St-Pétersbourg.*) — Note sur l'action thérapeutique du tanin dans le traitement de la tuberculose, par Raymond et Arthaud. (*Soc. de Biologie*, 6 nov.)

Tumeur. — Note sur la classification clinique des tumeurs, par Hutchinson. (*Americ. j. of med. sc.*, janv., avril, juillet.) — Transformations des tumeurs malignes, par Nussbaum. (*Ann. d. krank. zu München*, III.)

Typhoïde (Fièvre). — Le bacille de la fièvre typhoïde, par Sternberg. (*Med. News*, 21 août.) — Le bacille de la fièvre typhoïde, par Lewis. (*Buffalo med. journ.*, août.) — Du bacille typhique d'Eberth et de Koch, par Bajenoff. (*Ejened. klin. Gaz.*, 3 fév. 1885.) — De la présence du bacille typhique dans le sang splénique et de sa valeur diagnostique, par Maragliano. (*Boll. d. accad. med. di Genova*, avril-mai.) — Importance étiologique du bacille typhique, par Beumer et Riper. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 37.) — *Idem*, par Fraenkel et Simmonds. (*Ibid.*, n° 39.) — Etudes bactériologiques sur l'étiologie du typhus, par Seitz. (In-8°. *Munich.*) — Sur la contagion directe de la fièvre typhoïde, par Letulle. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 août.) — Note sur l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers en 1882-1885, par Régnier. (*Arch. de méd.* juillet-août.) — La fièvre typhoïde au port de Lorient, par Nullou. (*Thèse Montpellier*, n° 21.) — Épidémie de famille de fièvre typhoïde (5 malades); considérations cliniques et recherches bactériologiques, par Dreyfus-Brisac et Widal. (*Gaz. hebd.*, 5 nov.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde à Udine, par Pennato. (*Annali universali di med.* août 1886.) — Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde occasionnée par l'usage de lait falsifié, par C. Kelly. (*The Practitioner*, septembre.) — Le mouvement des fièvres typhoïdes à la clinique médicale de Kiel pendant ces quinze dernières années, par A. Goth. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 140.) — De la fièvre typhoïde à l'état sporadique, par Arnould. (*Rev. d'hyg.*, 20 sept.) — Manifestation de l'infection typhique absolument apyrétique, par Baudisson. (*Gaz. des hôp.*, 2 sept.) — Un cas de fièvre typhoïde (93 jours de durée, thérapeutique variée), par Fick. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, p. 531.) — Rapport du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par de Luna. (*Thèse Montpellier.*) — Rapport du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par Fallot. (*Marseille méd.*, 30 juillet.) — Un cas de fièvre typhoïde compliquée de septicémie, par Mc Kinnon. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Des paraplégies survenant dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par Courtade. (*Encéphale*, juillet.) — De la bronchite typhoïde, par Jannaut. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, par Harrington. (*Boston med. and surg. journ.*, p. 29, 14 janv.) — De l'artérite des membres dans la fièvre typhoïde, par Facieu. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — De l'embarras gastrique fébrile dans ses rapports avec la fièvre typhoïde, par Lévy. (*Thèse Montpellier*, n° 24.) — Abcès de la rate dans le cours d'une fièvre typhoïde, par R. Archer. (*Lancet*, 5 juin.) — Infarctus caséeux de la rate, pleurésie, ulcération considérable du gros intestin dans le cours d'une fièvre typhoïde,

par S. Archer. (*Brit. med. journ.*, p. 448, sept.) — Fièvre typhoïde compliquée d'abcès du foie ; note sur l'épidémie de Rosemont de 1885, par Gerhard. (*Med. News*, 24 juillet.) — Fièvre typhoïde d'intensité moyenne; abcès périnéphrétique survenu pendant la convalescence, incision et drainage, guérison complète après 7 semaines, par Bernheim et Simon. (*Rev. méd. de l'Est.*, 15 sept.) — De la péritonite en l'absence de perforation dans la fièvre typhoïde, par W. Johnston. (*Journ. of. amer. med. assoc.*, 4 sept. p. 229.) — Quelques cas intéressants de fièvre typhoïde, par Gorhan. (*Med. chir. cent. Vienne*, n° 37.) — Indications thérapeutiques générales de la fièvre typhoïde, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 19 oct.) — Le traitement de la fièvre typhoïde, par Federici. (*La Riforma med.*, 18 août.) — De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes, par Pécholier. (*France médicale*, 26 août.) — Emploi de la kairine dans la fièvre typhoïde; sa valeur en tant qu'agent abortif dans cette maladie, par Maragliano. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, p. 248.) — Traitement des complications de la fièvre typhoïde, par Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 oct.)

U

Ulcère. — Ulcération et ulcères, par E. Rochard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, I.) — Recherches sur l'ulcère de Pendjé, par Ssuski. (*Vratch*, n° 9.) — *Idem*, par Welitschkin. (*Ibid.*, n° 19.) — Etude du mal perforant, par Faure. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — De l'étiologie multiple du mal perforant plantaire, par Lagrange. (*Semaine méd.*, 27 nov.) — Un cas de mal perforant chez un nouveau-né, par Bonvecchiato. (*Raccoglit. med.*, août.) — Ulcération consécutive à un abcès de la glande de Bartholin, simulant un chancre simple, par Nivet. (*Annales de dermat.*, nos 7-8.) — Les causes des ulcères de jambe, par Weissgerber. (*Wien. med. Presse*, n° 35.) — Communication sur l'ulcère phagédénique des pays chauds, par Petit. (*Soc. de Biologie*, 7 août.)

Urémie. — Echanges gazeux et production de chaleur dans l'urémie, par Sadovenia. (*Thèse de St-Pétersbourg et Arch. slaves de biol.*, II, 2.) — Observation d'urémie fébrile, par Bride. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Urémie, par P. Merklen. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, I.)

Urètre. — Urètre; anatomie, par Quénu; pathologie, par E. Desnos et Kirmisson. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, I.) — Etude clinique sur les rétrécissements organiques de l'urètre, par Campmas. (*Thèse Montpellier*, n° 27.) — Rétrécissement spasmodique du canal de l'urètre traité sans succès par l'urétrotomie interne et guéri par la suggestion hypnotique, par Ramay. (*Soc. de biologie*, 3 juillet.) — Des rétrécissements péniens de l'urètre, par Tédenat. (*Montpellier médical,* mai.) — Des rétrécissements du méat, par Tédenat. (*Montpellier médic.*, novembre.) — Des ruptures traumatiques de la portion périnéale de l'urètre et de leur traitement, par Lecercle. (*Thèse Montpellier.*) — Traumatisme grave du pénis chez un enfant, restauration tardive du canal de l'urètre complètement divisé, par Bois. (*Progrès médical*, 16 octobre.) — Rupture traumatique de l'urètre; urétrotomie périnéale; guérison, par Barnish. (*Lancet*, 20 mars.) — Note sur la dilatation du canal de l'urètre à l'aide du procédé de Le Fort, par Bérenger-Féraud. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 septembre.) — Electro-

endoscopie pour les rétrécissements de l'urètre, par Oberlander. (*Monats. f. prakt. Derm.*, nº 11, p. 506.) — Division sous-cutanée du rétrécissement urétral, par Mastin. (*Med. News*, 11 sept.) — Du traitement des rétrécissements par l'électrolyse, par W.-B. Clarke. (*The Practitioner*, septembre.) — De l'urétrotomie externe sans conducteur et de ses indications multiples dans les rétrécissements de l'urètre, par Phélip. (*Thèse de Lyon,* nº 311.) — Considération sur les épididymites liées à une inflammation de l'urètre postérieur, par Barrière. (*Thèse Montpellier.*) — Rétrécissement très serré de l'urètre, traité par le drainage permanent de la vessie, par F. Treves. (*Lancet*, 19 juin.)

Urine. — Teneur variable de l'urine en pepsine et trypsine (maximum, urine du matin), par Sahli. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mars.) — De l'élimination de l'acide phosphorique et de l'urée par l'urine, par Lipari. (*Il Morgagni*, juillet-août.) — Nature de la relation entre la formation de l'urée et la secrétion de la bile, par Noel Paton. (*Journ. of anat. and physiol.*, juin.) — De la recherche de la glycose dans les urines par l'acide picrique, par Thiéry. (*Progrès médical*, 31 juillet.) — Réaction de l'urine normale et pathologique, par Russo et Alessi. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 138.) — Dosage de l'azote dans l'urine et d'autres liquides de l'organisme, par Horbaczewski. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 116.) — La toxicité de l'urine humaine, par Rusconi. (*Gaz. d'Ospit.*, nº 75.)

Urinaires (Voies). — De la fièvre urineuse, par Cera. (*Il Morgagni*, juillet.) — De la dysurie, ses causes, ses conséquences, par Seydel. (In-8º. *Leipsig.*) — Fibrome éléphantiasique périnéo-scrotal développé autour de fistules urinaires, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er oct.) — Transformation épithéliomateuse des fistules urinaires, par Courtois. (*Thèse Montpellier.*) — Cinq observations de rétention d'urine à la suite de lésions traumatiques ou chirurgicales, par Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 oct.) — Sur la rétention d'urine, par Barbière. (*Thèse de Bordeaux*, juillet.) — Sur un cas de gravelle à la fois urique et oxalique, par Garnier. (*Soc. de biologie*, 15 mai.)

Urticaire. — Anatomie et pathogénie de l'urticaire simple et pigmentaire, par Unna. (59me *Cong. des natur. allem. Monats. f. prakt. Dermat.* nº 11.)

Utérus. — L'opinion de Duncan sur la contraction et l'expansion de l'utérus, par Sisca. (*Il Morgagni*, sept.) — La section du col en arrière dans quelques cas d'antéflexion avec dysménorrhée et stérilité, par Wilson. (*Americ. gynec. soc.*, 21 sept.) — Quelques mots sur l'étiologie de la rétroversion utérine avec flexion, par G. Harrison. (*New York med. Journ.*, p. 425.) — Traitement du catarrhe utérin chronique par les insufflations d'iodoforme, par Kugelmann. (*Berl. klin. Woch.*, 30 nov. 1885.) — Des déviations de l'utérus et de l'emploi des pessaires, par Matheson. (*Arch. de tocol.*, 15 sept.) — Etiologie des flexions de l'utérus, par Graily Hewitt. (*Brit. med. journ.*, p. 913, nov.) — Des métrites chroniques compliquées de déviations utérines, par Laroyenne. (*Semaine méd.*, 6 oct.) — Du traitement de la rétroversion de l'utérus, par T. Byford. (*Journ. Amer. Assoc.*, 7 août, p. 147.) — Du traitement non chirurgical de l'antéflexion, par P. Ingalls. (*New York med. Journ.*, p. 349.) — Deux cas d'opération d'Alexander, par Harrington. (*Boston med. Journ.*, 29 avril, p. 390.) — L'opération d'Alexander et le traitement des déplacements de l'utérus, par Lapthorn Smith. (*Canadian med. Assosc.*, 18 août.) — L'opération d'Alexander, revue. (*La Riforma med.*, 12 août.) — Méthode de traitement du prolapsus com-

plet et irréductible de l'utérus, par Cuzzi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 34.) — Cure radicale opératoire d'un prolapsus total de l'utérus complèment d'une ovariotomie, par Raffa. (*La Riforma med.*, 27 oct.) — Traitement du prolapsus utérin par le galvano-cautère, par Byrne. (*Americ. gyn. soc.*, 22 sept.) — Note sur le traitement des déchirures récentes du col utérin, par Wilson. (*Americ. gynecol. soc.* 21 sept.) — Modification de l'opération d'Emmet, par Sutton. (*Americ. gynec. soc.* 21 sept.) — Thérapeutique intra-utérine, par Breus. (*Wien. med. Presse*, n° 24, p. 772.) — Des indications des lavages utérins préventifs et curatifs, continus et intermittents, par Clavel. (*Thèse de Bordeaux*, août.) — Expériences sur la dilatation du col utérin dans les présentations céphaliques, par Chiarleoni. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68.) — Sur un nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice, par Vulliet. — *Idem*, par Betrix. (*Revue méd. Suisse Romande*, V, p. 682.) — Papillome de la trompe de Fallope, relation de la salpingite avec l'épanchement péritonéal, par Alban Doran. (*Brit. med. journ.*, p. 722, oct.) — Etude de l'hématocèle péri-utérine, par Caifassi. (*Rivista clin. e terap.*, sept.) — Hématocèle péri-utérine, par Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 sept.) — Un cas de pyosalpingite d'origine tuberculeuse, par Münster et Ortmann. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 1.) — Un cas de salpingite traité par l'ablation des trompes et des ovaires. Guérison, par W. Elliot. (*Boston med. Journ.*, 15 avril, p. 344.) — Pyo-salpingite gauche ; abcès rétro-utérin. Extirpation de la trompe gauche dilatée et kystique. Guérison avec fistule persistante hypogastrique; mort ultérieure, problablement due à une péritonite suppurée, par Trélat et Terrier. (*Arch. de tocol.*, 15 sept.) — De l'inversion aiguë de l'utérus, par P. Weeks. (*Boston med. Journ.*, 6 mai, p. 410.) — Inversion de l'utérus. Ligature suivant le procédé de Périer. Guérison, par Poncet. (*Bull. soc. de Chir.*, XII, p. 532-534.) — Deux cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse, par Max. (*Americ. journ. of. Obstet.*, nov.). — Ostéomalacie, rupture de l'utérus, laparotomie, par Favre. (*Rev. méd. Suisse Romande*, 15 oct.) — Fibrome utérin volumineux ; expulsion spontanée ; guérison, par Galland. (*Lancet*, 13 févr.) — Fibromes utérins traités par l'extrait fluide d'ergot, par Parkes. (*Chicago gynecol. soc.*, 28 mai.) — Hystérectomie abdominale pour un corps fibreux de l'utérus. Guérison, par Le Fort. (*Bullet. de l'ac. de méd.*, XVI, n° 32.) — Fibro-myome utérin, hémorragies incoercibles, castration, mort le 9e jour, par Lenger. (*Arch. de tocol.*, 30 août.) — Hystérectomie pour l'ablation d'une tumeur fibro-cystique, par Wilson. (*Gynecol. soc. of Baltimore*, 11 mai.) — Abcès de l'utérus, consécutif à la nécrose partielle d'un fibro-myome interstitiel ; guérison par ouverture de l'abcès et énucléation de la tumeur, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, n° 19.) — Du traitement des fibromes utérins par l'ergotine, par Ch. Parkes. (*Journ. of amer. assoc.*, vol. 8, p. 215 et 242.) — Fibrome utérin sous-péritonéal compliqué d'ascite, myomotomie avec ligatures perdues, guérison, par Ripoll. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er mai.) — Deux cas de fibromyomes utérins. Laparotomie. Guérison, par Kyri. (*Wien. med. Presse*, nos 19 et 21.) — Fibrome interstitiel de l'utérus. Formation d'un abcès. Mort par septicémie, par Roth. (*Wien. med. Presse*, n° 23, p. 743.) — Fibrome kystique de l'utérus: hystérectomie. Guérison, par Terrillon. (*Rev. de chir.*, 10 août.) — Laparo-hystérectomie pour fibro-myome interstitiel de la matrice. Réduction du pédicule avec ligature élastique définitive. Guérison, par E. Muller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er sept.) — Sur la question des duodénomes, par Klotz. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 1.) — De la muqueuse utérine en cas de myomes, par Wyder. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 1.) — Fibromyome de la lèvre antérieure du col de l'utérus développé chez une jeune fille de 19 ans, par Tillaux. (*Ann. de gynécol.*, oct.) — Ablation

complète de l'utérus dans un cas de cancer, par Jennings. (*Lancet*, 10 avril.) — Leçon sur les principes généraux de l'ablation des annexes utérines, par Lawson Tait. (*Brit. med. journ.*, p. 852, nov.) — Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par Bouilly. (*Sem. méd.*, 24 nov.) — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par de Madec. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Ablation du col utérin, élytrorraphie antérieure et postérieure, colpo-périnéovulvorraphie, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — Epithélioma de l'utérus, hystérectomie vaginale, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 23 sept.) — Deux observations d'épithélioma utérin. Amputation supra-vaginale, hémostase avec les pinces appliquées sur le corps de l'utérus, guérison, par Buffet. (*Gaz. des hôp.*, 5 oct.) — Indications opératoires dans le cancer du col utérin, par Hofmeier. (*Berlin. klin. Woch.*, février.) — Trois cas d'hystérectomie vaginale, par Richelot. (*Union médicale*, 7 août.) — Trois cas d'hystérectomie sus-vaginale, par Stansbury Sutton. (*Americ. gynecol. soc.*, 23 sept.) — Extirpation vaginale de l'utérus cancéreux, un cas, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, nº 3.)

V

Vaccin. — De la vaccination et de la revaccination, par Carraro. (*Gaz. med. ital. lomb.*, nº 25.) — 2e Rapport annuel (1885) sur les vaccinations publiques faites dans le cercle d'Heilsberg avec le vaccin animal, par Meyer. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juillet.) — A propos de l'introduction obligatoire de la vaccine animale, par Coester. (*Ibid.*, p. 179, juillet.)

Vagin. — Occlusion cicatricielle du vagin avec rétention des règles, par W. Meek. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 25 sept., p. 349.) — L'emploi de l'acide borique dans les tampons vaginaux, par Slocum. (*Med. News*, 23 oct.)

Variole. — Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux, par Layet. (*Rev. d'hyg.*, 20 sept.) — Sur les mesures prophylactiques contre la variole; discussion à la Soc. de méd. (*Lyon méd.*, 2 mai.) — Les épidémies de variole à Londres, par Tomkins. (*Lancet*, 1er mai.) — Note sur les épidémies de variole et les revaccinations dans les prisons de Rouen depuis 1864, par Merry Delabost. (*Normandie médicale*, 1er août.) — Les récidives ou réinfections à court intervalle de la variole doivent-elles être attribuées à un état microbique latent? par Pari. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Rapports de la variole et de la vaccine, par Lang. (*Wien. med. Presse*, nº 31, p. 1005.) — Variole cohérente traitée par l'application d'un masque de collodion sur la face; mort due à l'emploi de ce topique, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juin.) — Note sur quelques cas de variole, par Comby. (*France médicale*, 10 août.) — Troubles de la parole consécutifs à la variole, par Whipham et Myers. (*Lancet*, 20 mars.) — La variole hémorragique, par Montefusco. (*Il Morgagni*, août.) — Un cas de variole hémorragique, par Mucharinski. (*Russkaia med.*, nº 21.) — Traitement abortif de la variole, par Schaertler. (*Med. chir. cent. Vienne*, nº 29.) — Révulsion et bains froids dans la variole, par Vinay. (*Lyon méd.*, 11 juillet.) — Variole et varicelle; le traitement de Du Castel fournit une preuve évidente de la différence radicale de leur germe, par Pécholier. (*Montpellier méd.*)

Veine. — Pyléphlébite suppurative, abcès métastatiques, ulcérations du duodénum, par Despaigne. (*Soc. anat.*, 28 mai.) — Phlébite suppurée primitive. Mort, par Chabrely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 sept.)

Venin. — Note sur les animaux venimeux de la Provence, par Reguis. (*Thèse Montpellier.*)

Verrue. — Traitement des verrues par la magnésie, par Colrat. (*Lyon méd.*, p. 45, 12 sept.) — Moyen de détruire les verrues, par Rapin. (*Paris méd.*, 21 août.)

Vessie. — Sur un diverticulum de la vessie, par Bimar. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 38.) — L'examen endoscopique de la vessie, par V. Dittel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 mai.) — Exploration digitale de la vessie (10 cas, dont 2 prostatomies), par Belfield. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 4 sept., p. 253.) — Des ulcères de la vessie, par Schatz. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 1.) — Cystite blennorragique succédant à la cystite bactérienne, par Aubert. (*Lyon méd.*, 25 juillet.) — Pyélo-néphrite calculeuse, cystite douloureuse, cystotomie, par Clado. (*Soc. anat.*, 18 juin.) — Cystite nerveuse au septième mois de la grossesse. Guérison par les instillations de nitrate d'argent, par Dubuc. (*Union médicale*, 21 août.) — Fistule vésico-rectale chez un tuberculeux, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 sept.) — Calcul vésical enchatonné chez une femme, par Williams. (*Lancet*, 17 avril.) — Calcul à noyau constitué par une balle, par Sabadini. (*Alger méd.*, mai-juin.) — Taille hypogastrique pour extraire l'extrémité d'une sonde brisée dans la vessie, par Fleury. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.) — Du choix de la méthode opératoire pour l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme, par Kœnig et Kramer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 1.) — Compte rendu de l'autopsie d'un sujet opéré avec succès d'une tumeur de la vessie (et mort plus tard d'une autre maladie), par Sir Henry Thompson. (*The Lancet*, 13 février.) — Tumeur de la vessie, boutonnière périnéale; expulsion spontanée de la tumeur, par Buhl. (*Progrès médical*, 18 septembre.) — Des tumeurs de la vessie, par Grimfeld. (59ᵉ *Cong. des natur. allem. Cent. f. Chir.*, nº 44.) — Exstrophie totale de la vessie, par Caselli. (*La Riforma med.*, 29 oct.) — Sur un cas d'exstrophie de la vessie, par Richelot. (*Union méd.*, 10 octobre.)

Vieillard. — Sur les modifications de la substance corticale du cerveau chez les vieillards, par Kostiourine. (*Vratch*, nº 2.)

Vin. — Recherches expérimentales sur les bouquets artificiels des vins, par Pierron. (*Thèse de Nancy*, 6 août.) — La coloration des vins par les couleurs de la houille, méthodes analytiques et marche systématique pour reconnaître la nature de la coloration, par Cazeneuve. (In-18. *Paris.*) — Du dosage du sulfo de fuchsine dans les vins, par Sambuc. (*Arch. méd. navale*, août, p. 145.)

Vision. — L'intensité des sensations lumineuses, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, nº 1, p. 27.) — La sensibilité lumineuse et l'adaptation rétinienne, par Charpentier. (*Ibid.*, VI, nº 3, p. 196.) — Propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées, par Charpentier. (*Progrès médical*, III, nº 19, p. 396.) — L'inertie rétinienne et la théorie des perceptions visuelles, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, nº 2, p. 114.) — De la valeur relative des verres dans l'amélioration de la vision et la disparition de la maladie, par Roosa. (*New York med. Journ.*, XLIII, nº 11, p. 289.) — Méthode polarimétrique pour la photoptométrie et le mélange des couleurs, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, nº 1, p. 40.) — Calcul de l'effet prismatique des verres décentrés, par Imbert. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n 7.)

Vitré (Corps). — Sur le pronostic des troubles de l'humeur vitrée, par Porteret. (*Thèse de Lyon*, 9 juin.) — Recherches sur le corps vitré (développement et histogenèse), par Haensell. (*Bulletin de la clin. nationale des Quinze-Vingts*, IV, nº 1, p. 36.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. FÉRÉ (1 *vol. in*-8, *p.* 493, *Paris*, 1886).

L'ouvrage de Féré se recommande tout spécialement par une grande clarté dans l'exposition des faits, jointe à une abondance de détails qui en font un livre précieux à la fois d'étude et de recherches.

Au point de vue anatomique, l'auteur a rassemblé toutes les données acquises aujourd'hui par les nombreux travaux accumulés depuis ces dernières années, et, sans s'attarder à l'exposition et à la discussion des faits encore vagues ou controversés, il a su présenter l'état de la question sur les différentes parties du système nerveux. Le plan, qui d'ailleurs s'imposait, étant donnée la nature du sujet, est le suivant : dans une première partie se place l'étude du système nerveux central, avec une série de chapitres sur ses enveloppes, sur la configuration extérieure et sur la texture de l'encéphale, sur l'isthme de l'encéphale et enfin sur la moelle épinière. Une deuxième partie comprend l'étude du système nerveux périphérique : nerfs crâniens, nerfs spinaux et grand sympathique. Au fur et à mesure que l'exposé des données anatomiques se fait, les applications à la clinique, à l'anatomie et à la physiologie pathologiques sont placées en regard avec une netteté et une précision qui ne laissent rien à désirer. Ajoutons que de nombreuses figures (213) viennent encore en aide au lecteur et contribuent dans une large mesure à rendre le livre de Féré indispensable à ceux qui veulent se tenir au courant des progrès effectués dans le domaine de la pathologie nerveuse. A. NICOLAS.

Untersuchungen an der Hypophyse einiger Säugethiere und des Menschen (Recherches sur l'hypophyse de quelques mammifères et de l'homme), par Salomon LOTHRINGER (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXVIII*, *Heft* 3, *p.* 257-292).

Les recherches de Lothringer ont porté sur l'hypophyse du chien, du chat, du cheval, du porc, du lapin et de l'homme.

Après s'être étendu longuement sur la forme et les rapports de l'hypophyse qui varient suivant les espèces, Lothringer établit que toujours

cet organe est formé de deux lobes : un lobe cérébral et un lobe épithélial, le premier étant le plus souvent comme enchâssé dans le second. On ne saurait mieux comparer l'aspect qui résulte de ce rapport qu'à celui de la vésicule oculaire secondaire logeant dans sa concavité le corps vitré; et de même que cette vésicule possède deux feuillets, de même le lobe épithélial comprend deux parties : une lame interne mince tapissant le lobe cérébral, une lame externe plus épaisse, et entre les deux une cavité. Cette comparaison est d'autant plus légitime que le mode de formation du lobe épithélial de l'hypophyse, considéré soit comme un bourgeonnement de l'aditus anterior, soit comme un bourgeonnement ectodermique d'une fente branchiale préorale (Dohrn), n'est pas sans analogie avec le mode de développement de la cupule oculaire. La cavité creusée dans l'épaisseur de ce lobe représente donc un vestige de la cavité du bourgeon primitif.

L'hypophyse est rattachée à la base du cerveau par un pédicule. Ce pédicule renferme un prolongement du ventricule moyen, et jamais ce prolongement ne communiquerait, comme d'autres auteurs (Péremeschko) l'ont admis, avec la cavité hypophysaire.

Relativement à la structure histologique de ces différentes parties, l'auteur arrive aux résultats suivants, au moins quant au lobe épithélial, car il n'a pas fait de recherches spéciales sur le lobe cérébral et n'en parle que très peu.

Ce lobe épithélial est composé essentiellement d'un réseau de vaisseaux assez larges et dont les mailles sont remplies d'éléments cellulaires. Les vaisseaux ont la valeur de simples capillaires, ils ne sont formés que par une lame hyaline et un endothélium, par conséquent les cellules ambiantes sont en rapport très intime avec le sang qui circule dans ces vaisseaux.

Ces cellules, agencées sous forme de cylindres pleins ou creux, sont de deux sortes, certaines d'entre elles présentant une affinité toute spéciale pour les matières colorantes, fait qui permet de les désigner sous le nom de « cellules chromophiles ».

Ce qui fait l'intérêt tout spécial de ces dernières, c'est qu'elles présentent des réactions qui leur sont communes avec la matière colloïde, et que l'on peut en conclure, étant donnés aussi d'autres faits qu'il serait trop long de rapporter, qu'elles ont un rôle actif en rapport avec la sécrétion de cette substance.

Le feuillet interne épithélial, en rapport directement avec le lobe cérébral, ne contient pas de vaisseaux; il se continue avec le feuillet externe dans les environs de l'insertion du pédicule hypophysaire et cette zone de passage présente aussi des particularités intéressantes, notamment des diverticulums de la cavité de l'hypophyse qui s'insinuent entre les cellules épithéliales, formant ainsi un réseau lacunaire superposé au réseau sanguin.

Signalons enfin, dans la zone de passage et dans le feuillet interne, des kystes de subtance colloïde ou même seulement des lames ou des granulations de cette substance.

De toutes ces observations, qu'on ne peut du reste qu'indiquer, résulte ce fait que l'hypophyse ne doit pas être considérée comme un organe rudimentaire vestige d'une disposition embryonnaire, mais bien comme

un organe actif, réellement glandulaire par ses éléments épithéliaux comparables aux cellules de bordure de l'estomac ou à certaines des cellules des capsules surrénales, et dont le produit de sécrétion, très probablement de nature colloïde, serait résorbé par le sang. A. NICOLAS.

Origine et parcours des nerfs gustatifs de la partie antérieure de la langue par SCHIFF (*Semaine méd.*, *29 décembre* 1886).

1° Les fibres gustatives de la partie antérieure de la langue ne proviennent pas originairement du facial;

2° Elles quittent le cerveau avec la racine du trijumeau;

3° Elles suivent d'abord la deuxième branche de ce nerf;

4° Elles se rendent ensuite par les nerfs sphéno-palatin et grand pétreux superficiel à la partie coudée du facial;

5° Elles rejoignent enfin la troisième branche du trijumeau en partie par la corde du tympan, en partie et surtout par le nerf petit pétreux superficiel. A. C.

Terminaisons des nerfs dans les glandes salivaires, par J.-G. NAVALICHIN et P.-J. KYTMANOFF (*Archives slaves de Biologie*, *t. I*, *p.* 601).

L'observation a porté sur des fragments de glande sublinguale du chat, dissociés après macération (24 heures et plus) dans une solution d'acide chromique (à 1/15,000 ou 1/30,000) et coloration à l'éosine aqueuse.

On verrait alors des cellules isolées avec leur protoplasma incolore et transparent dans l'intérieur duquel apparaissent un ou plusieurs cercles dont la périphérie est constituée par une série de granulations fortement réfringentes. Les auteurs désignent ces images sous le nom de *corolles*. Au centre de la corolle on observe une granulation réfringente et l'on voit un filament très fin qui traverse le protoplasma pour venir se terminer dans cette granulation centrale.

Navalichin et Kytmanoff n'ont pas pu découvrir le rapport de ces filaments avec les fibres nerveuses, mais ils n'hésitent pas à voir là un mode de terminaison nerveuse. A. NICOLAS.

Di una rara varieta nervosa, e considerazioni relative, par G. ROMITI (*Bollettino della Societa tra i cultori delle scienze mediche in Siena*, 1886).

Romiti trouva sur un homme, et du côté gauche, un nerf supra-claviculaire moyen qui traverse de part en part la clavicule dans toute son épaisseur; cet os était d'ailleurs notablement plus développé que d'habitude.

Les cas de ce genre sont très rares. Bock, Grüber, Luschka, Cluson et Turner en ont signalé des exemples. Cruveilher en parle dans son *Traité d'anatomie*.

Quant à dire quelle est la signification morphologique de cette disposition, l'auteur croit que cela n'est pas possible actuellement. Mais, quoi qu'il en soit, elle est utile à connaître en se plaçant à un point de vue pratique, celui des fractures de la clavicule et des désordres nerveux qui peuvent en être la conséquence. A. NICOLAS.

Zur Frage der Regeneration und der Aus-und Rückbildung der Epithelzellen (Sur la question de la régénération, du développement et de la régression des cellules épithéliales), par DRASCH (*Sitzb. d. k. Ak. der Wiss. zu Wien, Band XCIII, mai* 1886).

Dans la couche profonde des épithéliums stratifiés, en particulier de l'épithélium lingual au niveau surtout des bourgeons du goût, l'auteur a observé des figures karyokinétiques nombreuses, qui permettent de qualifier cette assise profonde, formée de cellules à pied, de « zone génératrice ». L'auteur abandonne donc la théorie de Lott, d'après laquelle, les cellules à pied se séparant en deux parties, la portion profonde formerait un noyau par voie endogène et constituerait une nouvelle cellule. La division indirecte rend compte de l'accroissement des épithéliums stratifiés.

Drasch ensuite cherche quelle peut être l'influence de la division indirecte des cellules sur la forme des cellules voisines, sur la régénération, le développement et la régression des épithéliums. Une cellule en se divisant étrangle sa voisine qui prend la forme de cellule à pied; la partie supérieure de la cellule est séparée de l'inférieure par les progrès de la division cellulaire; la portion inférieure est le rudiment cellulaire qui, comprimé par les cellules issues de la division, va s'atrophier de plus en plus. Inversement la division indirecte sera dans une cellule sollicitée par la disparition d'un rudiment cellulaire voisin, avec lequel disparaîtra aussi la pression latérale qui pouvait être un obstacle à la mitose pour les cellules sur lesquelles elle se faisait sentir.

A. PRENANT.

Prolifération de la cellule par karyokinèse, par GILIS (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1886).

Le travail de Gilis résume toutes les données acquises aujourd'hui sur la division cellulaire indirecte ou karyokinétique. Fait d'une façon aussi complète que possible, il constitue un ouvrage d'ensemble sur une question à l'ordre du jour et dont les matériaux sont disséminés dans une énorme quantité de publications françaises ou étrangères.

L'auteur a divisé son sujet en trois parties. Dans une première partie, il étudie, après avoir donné quelques notions générales sur la cellule, le noyau à l'état de repos : étude préliminaire indispensable pour comprendre les phénomènes qui se passent dans la cellule en voie de division ou à l'état de mouvement et qui font l'objet d'une deuxième partie.

Les phénomènes karyokinétiques étant envisagés d'abord d'une façon générale, Gilis les étudie alors dans les diverses cellules en particulier : cellules végétales et cellules animales, puis dans les tissus, normaux et pathologiques; et termine enfin par un chapitre sur la karyokinèse chez les Protozoaires, chapitre suffisamment légitimé par la structure souvent spéciale des éléments cellulaires qui constituent ces êtres, et par les particularités qu'y présente la division indirecte. A. NICOLAS.

Studien zur Histologie und Physiologie des Blutgefässystems (Études sur l'histologie et la physiologie du système vasculaire sanguin), par Sigmund MAYER (*Sitzungsb. der kais. Ak. der Wiss. zu Wien., Band XCIII*).

Dans la membrane hyaloïde de la grenouille, traitée par l'hydrate de

chloral à 2 0/0 et colorée par le violet B, les vaisseaux, depuis les artères jusqu'aux capillaires les plus fins, se sont montrés constitués de deux tuniques : une interne, endothéliale « tube cellulaire », une externe, adventice « tube fondamental ». Cette dernière enveloppe, sur des artères, se compose de noyaux allongés perpendiculairement à l'axe du vaisseau; les corps cellulaires de ces noyaux ne sont pas fusiformes, comme ceux des fibres lisses, mais ramifiés en des filaments qui, s'enroulant autour de l'artère, contribuent à produire la striation transversale que l'on remarque si facilement. Cette structure se conserve sur les plus fins capillaires, à cela près que l'individualité de ces cellules n'est pas aussi bien accusée que sur les artères. Il résulte de ces faits que, si l'on admet pour ces éléments la nature contractile, on est conduit à penser que dans toute l'étendue des vaisseaux de l'hyaloïde, depuis les artères jusqu'aux capillaires les plus ténus, existe un système d'éléments contractiles.

L'auteur étudie ensuite ces sortes de processus qui, dans l'hyaloïde de la grenouille, partent d'un vaisseau pour le réunir à un autre; ces prolongements, qui sont d'ailleurs pleins, il les nomme « ponts vasculaires », et en décrit plusieurs variétés. Ils ont été jusqu'ici regardés comme des néoformations vasculaires ; mais, comme l'on n'y a jamais vu de phénomènes de mitose, Mayer pense plutôt qu'il s'agit de régressions vasculaires. A. PRENANT.

Zur Morphologie wandernder Leucocyten (Sur la morphologie de leucocytes migrateurs), par Heinrich LIST (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXVIII, Heft* 3).

Étudiant le cloaque des raies (raja miraletus), l'auteur a observé, sur des dissociations de l'épithélium de cette région, des corps bizarres, supportés par les cellules épithéliales, et qui sont certainement des globules blancs. Ces corps peuvent présenter les formes les plus singulières ; par exemple, on peut en voir d'enroulés autour du noyau de la cellule épithéliale. Des coupes du cloaque ont montré qu'il s'agit de globules blancs émigrés entre les cellules épithéliales; des dissociations ont fait voir que ces globules peuvent se creuser sur les cellules des fossettes où ils se logent; bien plus, les globules peuvent pénétrer dans les cellules épithéliales elles-mêmes. Ces faits s'observaient non seulement dans les couches profondes de l'épithélium dont les cellules sont cylindriques, mais aussi, quoique plus rarement, dans les cellules plates des couches superficielles. Dans ces dernières, List a vu de plus de petits corps arrondis présentant l'aspect et les réactions des globules blancs migrateurs ; il les considère comme des particules résultant de la désagrégation des globules qui, pour avoir émigré dans les couches épithéliales superficielles, y ont trouvé la mort. A. PRENANT.

L'hématoscope, méthode nouvelle d'analyse du sang, basée sur l'emploi du spectroscope, par A. HÉNOCQUE (*C. R. Acad. des sciences*, 2 *novembre* 1886, *et Gaz. hebdomad., n.* 35 *et* 43, 1886).

Cette note est le résumé des nombreuses communications faites par Hénocque à la Société de biologie depuis 1884.

L'hématoscope est constitué par deux lames de verre superposées de telle sorte que, maintenues en contact à l'une de leurs extrémités, elles

s'écartent à l'autre extrémité d'une distance de 30 μ, limitant ainsi un espace prismatique capillaire. Une échelle graduée en millimètres est gravée sur la plaque inférieure; on peut mesurer l'épaisseur de la couche de sang au niveau de chaque division de l'échelle; chaque longueur de 1 millimètre correspond en effet à une épaisseur de 5 μ. Quelques gouttes de sang non dilué, déposées entre les deux lames, y forment une couche d'une épaisseur et d'une coloration graduellement progressives.

L'application la plus simple de l'hématoscope est celle-ci : on place l'hématoscope sur une plaque d'émail blanc qui sert d'échelle; sur cette plaque sont gravés une échelle millimétrique, des chiffres et des lettres. L'hématoscope chargé de sang étant superposé à la plaque d'émail, la partie peu épaisse et peu colorée du sang laissera lire les chiffres et les lettres; il est évident qu'on lira d'autant plus de lettres et de chiffres que le sang sera moins chargé d'oxyhémoglobine. L'échelle de chiffres a été établie de façon à ce que les chiffres correspondent à des quantités d'oxyhémoglobine déterminées; le dernier chiffre lu distinctement indique la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans 100 grammes de sang.

On peut aussi employer l'hématoscope dans l'analyse spectroscopique du sang et d'autres liquides. Si l'hématoscope chargé de sang est placé devant la fente d'un spectroscope, on peut constater, en faisant mouvoir lentement l'hématoscope de gauche à droite, l'apparition des deux bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine, puis leur élargissement, et enfin leur confusion. Il y a un moment où, sans une certaine épaisseur de sang, les deux bandes d'absorption sont également obscures. Le sang contenant 14 pour 100 d'oxyhémoglobine présente ce phénomène sous une épaisseur de 70 μ. Ce phénomène se produira évidemment sous des épaisseurs différentes, suivant que le sang sera plus ou moins riche en oxyhémoglobine; on pourra donc de cette façon faire avec l'hématoscope l'analyse spectroscopique quantitative du sang.

On peut, par le même procédé, mesurer la durée de réduction de l'oxyhémoglobine. En effet, en examinant avec le spectroscope à vision directe le sang à travers l'ongle du pouce, on voit la première bande caractéristique de l'oxyhémoglobine et quelquefois la seconde. Si on lie la phalange, les bandes disparaissent au bout d'un temps qui est en moyenne de 60 secondes. Le temps qui s'écoule depuis l'application de la ligature jusqu'à la disparition des bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine représente la durée de réduction de cette substance. A. PRENANT.

Beiträge zur Kenntniss der Gallencapillären (**Contribution à l'étude des capillaires biliaires, par M. MIURA** (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *XCIX*, *Heft* 3, *p.* 512).

Pour étudier les canalicules biliaires intralobulaires, l'auteur n'emploie pas les injections qui déchirent les tissus. Il utilise le procédé de coloration qu'il a déjà indiqué (*R. S. M.*, XXVII, p. 8.) et légèrement modifié. Il laisse les fragments de foie de 2 à 5 jours dans le liquide de Müller, les lave à l'eau et les laisse de 3 à 5 heures dans l'eau distillée. On les met ensuite 2 ou 3 heures dans une solution de sucre de raisin à 10 0/0, puis 2 ou 3 jours dans une solution de chlorure d'or sodique à 0,1 ou 0,2 0/0 en renouvelant la solution chaque jour, puis on les reporte

pendant 2 ou 3 jours dans la solution sucrée. Le tout se fait à froid. En chauffant à 55°, on a une action plus rapide mais moins nette. Il faut avoir soin de préparer la solution sucrée avec tous les soins antiseptiques pour éviter le développement des microbes.

L'auteur n'a pu retrouver ainsi les vacuoles de Kupffer et de Pfeiffer; il a pu par contre constater la terminaison des canalicules biliaires entre les cellules déjà décrite par Eberth. Sur la salamandre et le lézard, il a pu reconnaître aux canalicules une paroi propre. En effet, sur certains points, les cellules hépatiques étaient tombées, laissant le canalicule isolé. L'auteur n'a pas vu l'origine intracellulaire des canalicules décrite par Popoff; en liant le canal cholédoque du lapin, on voit les canalicules dilatés et les cellules aplaties. P. GALLOIS.

Studien zur vergleichenden Histologie der Retina (Études sur l'histologie comparée de la rétine), par SCHIEFFERDECKER (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXVIII*, *Heft* 4).

Dans cet important mémoire, Schiefferdecker étudie le système de soutien de la rétine chez tous les vertébrés. Il y distingue : 1° les cellules de soutien radiales; 2° les cellules de soutien parallèles à la surface de la rétine, déjà vues par H. Müller, puis étudiées par W. Müller et ensuite W. Krause. Il nomme ces dernières « cellules concentriques ». Ces cellules concentriques, qui ont été surtout l'objet des recherches de Schiefferdecker, sont de deux sortes : nucléées et sans noyau. Les cellules concentriques forment un certain nombre d'assises. Chez la lamproie, qui présente le type duquel dérivent par réduction dans le nombre des couches, les rétines des autres vertébrés, on peut distinguer quatre couches : trois sont formées de cellules à noyau; entre les couches interne et moyenne de cellules à noyau, on trouve une assise d'éléments sans noyau. Chez les Batraciens mêmes, où ces cellules sont très réduites, on peut encore en distinguer une couche. Chez les Mammifères, les cellules à noyau sont disposées suivant une seule assise; elles sont entremêlées de cellules de soutien sans noyau; les cellules concentriques nucléées sont peut-être celles que Dogiel a décrites chez l'homme comme cellules ganglionnaires multipolaires. Les cellules à noyau sont le plus souvent grandes (Poissons, Mammifères), très ramifiées; les cellules sans noyau ont généralement la forme de grandes et larges fibres fusiformes. L'auteur donne des figures très nombreuses et démonstratives de ces deux sortes de cellules chez les divers vertébrés. Ces cellules concentriques diminuent d'importance au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'ora serrata. Elle se développent activement après la naissance et s'accroissent pendant que l'animal grandit.

Ayant vu les cellules de soutien disposées d'une façon caractéristique les différentes classes de vertébrés, l'auteur pense que ces éléments pourraient servir de critérium pour l'établissement de la phytogénèse des vertébrés; ces cellules, en effet, moins modifiées que les cellules nerveuses rétiniennes par une adaptation fonctionnelle, ont dû subir moins qu'elles des déformations de nature à voiler leur forme primitive et caractéristique.

Schiefferdecker termine en relatant les résultats acquis par les trois

travaux successifs de Krause, afin que le lecteur puisse les comparer aux siens.

Il s'est servi surtout, pour dissocier les éléments de la rétine, d'un liquide « methylmixtur », composé de : eau dist. 20; — Glyc. 10; — Alc. méthylique 1; dont l'action doit durer plusieurs jours. A. PRENANT.

Ueber die Blutgefässe der Hornhaut im normalen und pathologischen Zustande (Étude sur les vaisseaux sanguins de la cornée à l'état normal et pathologique), par SCHÖBL. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., novembre* 1886).

Des nombreuses injections vasculaires que l'auteur a faites sur des embryons humains et animaux, ainsi que sur des individus adultes, l'auteur conclut que : 1° chez l'homme et les mammifères, il n'existe pas, à l'état fœtal, de réseau vasculaire précornéen, comme on l'a cru jusqu'alors; 2° outre le réseau superficiel formant des anses à la périphérie de la cornée de l'homme et des animaux, et pouvant être plus ou moins développé, il existe un second système analogue au premier, mais plus profondément situé; 3° les vaisseaux anormaux qui se développent dans les cas de kérato-conjonctivites proviennent du réseau vasculaire superficiel; dans les kératites profondes, scléreuses, les vaisseaux se développent au-dessus du réseau profond, lequel est en connexion avec les vaisseaux de la sclérotique ; 4° les vaisseaux anormaux superficiels se ramifient en prenant un aspect dendritique, en réseau avec anastomose, tandis que les vaisseaux profonds donnent des branches qui s'écartent du tronc principal avec un angle aigu. ROHMER.

Di alcune minute particolarità delle cellule ossee (Sur quelques particularités intimes de la cellule osseuse), par G. CHIARUGI (*Bollet. della Società tra i cultori di sc. med. in Siena*, nos 8-9 1886.).

Un point, qui n'est pas encore définitivement élucidé, est la manière dont se comportent les prolongements émanés de la cellule osseuse par rapport aux canalicules qui traversent la substance fondamentale. Pour résoudre cette question, l'auteur recommande de décalcifier de petits fragments d'os dans l'acide picro-nitrique (liquide de Kleinenberg); on traite ensuite par l'alcool de plus en plus concentré. Les coupes sont colorées dans une solution aqueuse d'éosine à 1 0/0, puis lavées dans une solution d'hydrate de potasse à 3 ou 4 0/00, et examinées dans ce liquide de lavage. On peut constater alors que la cellule osseuse émet des prolongements qui pénètrent dans les canalicules, se divisent avec eux et s'anastomosent avec leurs voisins pour constituer ainsi un réseau protoplasmique plongé dans la substance fondamentale de l'os. Le volume de ces prolongements et les dimensions des mailles du réseau sont plus considérables sur un os vieux que sur un os jeune. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude de l'ossification et de l'homotypie des pièces du carpe et du tarse chez l'homme, par Ch. DEBIERRE (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, n° *de mai* 1886).

Il est difficile de résumer ce travail descriptif, accompagné de nombreuses figures : l'auteur fait entrer successivement en ligne de compte la morphologie et l'ostéogénèse (nombre des foyers d'ossification), séries

d'études qui permettent un parallèle exact entre les différents segments carpo-tarsiens; il établit ainsi l'homotypie : du scaphoïde carpien et du scaphoïde tarsien, qui tous deux n'ont qu'un point d'ossification ; de l'astragale et du semilunaire (chacun un seul point d'ossification); du pyramidal carpien avec l'os trigone (os découvert par Albrecht et accolé à l'extrémité postérieure de l'astragale); du pisiforme avec le calcanéum. Dans la rangée antérieure, le trapèze correspond de même au premier cunéiforme, le trapézoïde au second cunéïforme, le grand os au troisième cunéïforme et enfin l'os crochu au cuboïde. Mais les faits observés ne donnent, par contre, aucune loi générale quant à l'ordre d'apparition des points d'ossification dans les pièces carpo-tarsiennes considérées chacune à chacune (avec son homologue). Cela n'empêche pas qu'au point de vue pratique, en considérant chaque pièce à part et pour elle-même , on consultera avec profit les tables chronologiques données par l'auteur. En effet, il n'est pas indifférent au médecin légiste de connaître exactement l'époque d'apparition des foyers osseux des os du carpe et du tarse; cette simple donnée pourra permettre, à l'occasion, de déterminer avec précision l'âge d'un enfant dont on ne pourrait disposer que d'une main ou d'un pied. M. DUVAL.

Beitrag zur Lehre über die Entwickelungsgeschichte der Patella (Développement de la rotule), par KACZANDER (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 59, 1886).

Le développement de la rotule est étudié par l'auteur sur des embryons de poulet. A l'âge de 200 heures, on trouve à l'extrémité du fémur, en dehors des cellules claires du cartilage fémoral, un groupe de cellules foncées qui se colorent mieux que les autres par le carmin. Ces cellules adhèrent entre elles sans être séparées par une substance intercellulaire. A ce moment, le ligament rotulien est déjà représenté par une rangée de cellules embryonnaires, se colorant en rose foncé par le carmin.

Chez l'embryon de 215 heures, on voit se dessiner entre les cellules fémorales et le groupe rotulien une zone claire de tissu conjonctif. Les cellules cartilagineuses n'ont pas encore apparu dans le groupe rotulien.

A 254 heures, il n'y a pas encore dans ce dernier de chondroplastes bien caractérisés. La zone claire s'élargit; elle est séparée elle-même du cartilage fémoral par des cellules embryonnaires, et se creuse de cavités qui vont bientôt contenir des cellules graisseuses et même des liquides (développement du coussinet graisseux et de la capsule).

A 267 heures, le tissu cartilagineux de la rotule est constitué; à partir de ce moment, on observe la zone chondrogène qui s'élargit progressivement, la rotule devient indépendante du fémur dans son développement ultérieur.

D'après l'auteur, les attaches ligamenteuses de la rotule et les parties molles de l'articulation résultent de la transformation et de la disparition partielle de la zone claire conjonctive. L. GALLIARD.

Ueber die Alkoholreaction normalen Gelenkknorpels (Sur la réaction du cartilage articulaire normal soumis à l'influence de l'alcool), par B. SOLGER (*Arch. f. Anat. und Phys.*; *Anat. Abth.*, *Heft* 3 *et* 4, 1886).

V. Ebner était arrivé, par une méthode spéciale, à effectuer dans les

os des changements remarquables de leurs propriétés optiques. Solger, en traitant les cartilages articulaires par l'alcool absolu, voit que certaines régions d'un cartilage tel que celui de l'extrémité inférieure du fémur deviennent transparentes comme du verre, tandis que d'autres restent opaques (cartilage vitreux, cartilage porcelainé). De plus, les parties vitreuses se resserrent, d'où leur épaisseur moindre. Si l'on fait une incision perpendiculaire à la surface du cartilage ou tangentielle, on observe qu'au niveau de la solution de continuité, rien n'est changé si elle intéresse une région que l'alcool ne modifierait pas, une partie porcelainée par conséquent; au contraire, les régions vitreuses sont modifiées par une incision comme elles le seraient par l'alcool.

Au sujet de la répartition de ces régions vitreuses et opaques, l'auteur émet les deux lois que voici : elle est la même dans deux cartilages articulaires qui s'opposent l'un à l'autre; elle est symétrique, la même dans l'une et l'autre moitié du corps.

Désirant comparer à l'action de l'alcool absolu celle de plusieurs liquides également avides d'eau, Solger a obtenu des résultats négatifs. Avec la glycérine, il a observé des modifications de transparence et d'épaisseur, mais en sens inverse de celles que produit l'alcool.

Il ne s'agit pas, dans cette influence de l'alcool, d'une action purement chimique, puisqu'une section produit le même effet. Il n'y a pas davantage à faire intervenir ici la structure fibrillaire de la substance fondamentale du cartilage, décrite par Spina. C'est à des changements de structure moléculaire s'effectuant peu à peu que l'on doit, conclut l'auteur, attribuer la façon variée dont se comporte le cartilage articulaire vis-à-vis de l'alcool. A. PRENANT.

Osso odontoideo abnormemente saldato con l'atlante nell'uomo par G. ROMITI (*Bollettino della Societa tra i cult. delle Scienze mediche in Siena,* 1886).

Sur la face postérieure de l'arc antérieur de l'atlas, il existe une masse osseuse pyramidale, à base inférieure, et sur cette base une facette articulaire qui entre en rapport avec une facette semblable située sur la face supérieure du corps de l'axis.

Cette disposition est excessivement rare; l'auteur en signale un cas étudié par Giacomini. Elle représente une conformation normale chez certains reptiles, les crocodiles par exemple, qui possèdent un « os odontoïde ». D'ailleurs, le mode de développement des deux premières vertèbres cervicales permet d'expliquer d'une façon très satisfaisante cette anomalie. A. NICOLAS.

Die ektoblastische Anlage des Urogenitalsystems beim Kaninchen (**L'ébauche ectoblastique du système urogénital chez le lapin**), **par W. FLEMMING** (*Archiv f. Anat. und Phys. Anat. Abth., Heft* 3 *et* 4, 12, *p.* 236-248, 1886).

Lorsqu'on veut étudier le bourgeonnement de l'ectoderme, (décrit par Hensen et Spee), qui prend part à la constitution de l'ébauche urogénitale, il faut s'adresser à des embryons bien jeunes ; car, sur un embryon de lapin d'un peu plus de 5 millimètres de long, on ne trouve plus la continuité entre cette ébauche et l'ectoderme. Sur un embryon un peu plus petit, des coupes transversales sériées offraient : du côté gauche, un épaississement de l'ectoblaste; du côté droit, sous une légère dépression

ectodermique, la coupe de deux cordons, un gros et un petit. Ce dernier résulte évidemment de l'épaississement de l'ectoderme, auquel il est encore adhérent. De ce que les deux côtés du corps ne montrent pas la même disposition, il résulte nécessairement que les deux ébauches droite et gauche ne sont pas symétriques.

Cette connexion de l'ébauche urogénitale avec l'ectoderme est déjà une preuve en faveur de l'origine ectoblastique du système urogénital. Une seconde réside en ce fait, que la membrana prima de Hensen, qui double l'ectoderme intérieurement, passe sur la face ventrale du cordon urogénital qui, dès lors, est séparé du mésoblaste, tandis qu'il fait corps avec l'ectoblaste. Une dernière preuve est fournie par la présence de nombreuses divisions cellulaires de l'ectoblaste, et par la direction de ces divisions, à l'endroit où l'ébauche urogénitale se constitue. A. PRENANT.

Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus. Ligaments ronds de l'utérus, par BEURNIER (*Thèse de Paris*, 1886).

L'auteur étudie d'abord et successivement les rapports des ligaments ronds avec le péritoine et avec les muscles de la paroi abdominale. Sur le premier point, il arrive aux mêmes conclusions que Duplay, à savoir : que le canal de Nuck n'existe pas ; à propos du second, il décrit, en avant du ligament rond, un faisceau musculaire qu'il désigne sous le nom d'inguino-pubien.

Quant à sa structure, le ligament rond ne contiendrait rien que des fibres musculaires lisses, du tissu conjonctif et élastique et des vaisseaux très abondants. Au point de vue physiologique, le rôle de cet organe est à peu près nul lorsque l'utérus est dans sa situation normale; mais il prend un rôle considérable dans les déviations en arrière et dans le prolapsus, sinon au point de vue de leur production, du moins au point de vue de leur correction et de leur traitement.

Toute la dernière partie du travail de Beurnier est consacrée à l'étude du manuel opératoire de l'opération d'Alexander. A. NICOLAS.

Beiträge zur Histologie des hyalinen Knorpels (Histologie du cartilage hyalin), par SPINA (*Wien. med. Jahrb.*, p. 447, 1886).

En étudiant le cartilage aryténoïde du cheval, l'auteur constate que le cartilage hyalin y subit, avant l'époque de la sénescence, des métamorphoses, le tissu cartilagineux primitif étant remplacé par un nouveau. Or, il existe une période de ces métamorphoses où le cartilage hyalin est composé, non pas d'un tissu uniforme, mais de deux variétés de tissus parfaitement distinctes.

Pour l'étudier, l'auteur traite les cartilages par l'alcool absolu, qui permet de voir tous les détails de la structure, tandis que la glycérine ne montre que l'apparence d'un simple cartilage hyalin.

L'une des substances (le cartilage blanc) constitue un réseau de travées ramifiées dans les mailles duquel s'interpose l'autre substance, le cartilage jaune.

Le cartilage blanc n'est colorable ni par l'hématoxyline, ni par le violet de méthyle, mais seulement par la solution alcoolique d'éosine et la solution aqueuse de rouge ponceau. Les travées qu'il forme sont compo-

sées, comme tout tissu cartilagineux, de cellules et de substance fondamentale; les cellules y sont rares.

Les travées sont d'épaisseur très variable. Les plus épaisses existent au voisinage du cartilage élastique de l'épine supérieure du cartilage aryténoïde. Autour des vaisseaux, elles convergent comme les rayons. Parfois c'est une cellule qui constitue le centre du rayonnement.

A un fort grossissement, on voit que les travées sont composées de fines fibrilles; ces fibrilles représentent les prolongements des cellules du cartilage blanc, on les distingue très nettement à leur origine.

La seconde variété, le cartilage jaune, remplit les mailles circonscrites par les travées blanches. Elle se compose, comme l'autre, de cellules et de substance fondamentale. Mais ces cellules sont beaucoup plus volumineuses que celles de l'autre cartilage, et nettement granuleuses. Elles possèdent aussi des prolongements d'une extrême finesse qui s'entrecroisent dans la substance fondamentale : de là l'aspect granuleux de cette substance. Ces prolongements pénètrent parfois dans la substance fondamentale du cartilage blanc, perpendiculairement à la direction des fibrilles ou prolongements cellulaires de ce cartilage.

Le cartilage jaune se distingue de l'autre par des propriétés chimiques propres : il se dissout dans l'eau, il se comporte envers les matières colorantes d'une façon toute spéciale. Quand on le traite par la solution aqueuse du violet de méthyle, on le voit augmenter de volume et comprimer les travées du cartilage blanc; il prend une coloration bleue tandis que les travées restent incolores. Il se colore aussi par l'hématoxyline.

L'auteur n'admet pas les canalicules décrits par plusieurs auteurs. Pétrone a décrit, comme canalicules, les tractus solides du cartilage blanc.

D'après l'auteur, le cartilage jaune est une production jeune qui se transforme en cartilage blanc et finit par disparaître. Les vaisseaux paraissent prendre une part active à la transformation. L. GALLIARD.

Recherches sur la veine ombilicale, par E. WERTHEIMER (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., janvier* 1886).

On connaît le résultat des recherches de Sappey sur la prétendue perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte et sa dilatation dans les cas pathologiques : le vaisseau qu'on considérait comme une veine ombilicale restée ou redevenue perméable, appartient en réalité à l'un des groupes des veines portes accessoires. Cette opinion a été récemment attaquée par Baumgarten qui, procédant par coupes microscopiques, a trouvé dans le centre du cordon fibreux de la veine ombilicale une cavité centrale, tapissée d'un endothélium, renfermant du sang, n'arrivant pas jusqu'au foie, du calibre d'une grosse soie de porc, et qui devrait être considérée comme représentant bien réellement un reste de la veine ombilicale elle-même. Reprenant donc l'étude de la question, avec les procédés même de Baumgarten, E. Wertheimer a constaté que la présence d'un canal plein de sang au centre de la veine ombilicale de l'adulte est incontestable, bien que le fait ne soit pas constant; mais il n'en est pas moins vrai que la veine ombilicale s'est oblitérée peu après la naissance, car l'orifice qu'on y rencontre appartient à une veinule de nouvelle formation : en effet le centre de la veine ombilicale est oblitéré par un bouchon lamineux qui se vascularise après l'oblitération; puis

l'une des veinules nouvellement formées se place exactement au centre du cordon veineux, offre ordinairement chez l'adulte un diamètre inférieur à un cinquième de millimètre, et simule dans cette situation la lumière de la veine ombilicale primitive. Cette veinule centrale, qui se dilate dans les cas d'obstruction de la veine porte, peut être désignée sous le nom de veine centro-ombilicale par opposition à celle qu'on appelle quelquefois la veine adombilicale et qui a été prise également, avant les recherches de Sappey, pour la veine ombilicale elle-même. M. DUVAL.

Ein neues Färbungsverfahren für die elastischen Fasern der Haut (Nouvelle méthode de coloration des fibres élastiques de la peau), par HERXHEIMER (*Fortschritte der Medicin*, n° 24, 1886).

La pièce est durcie dans l'alcool absolu, l'acide picrique ou la liqueur de Flemming; les coupes, dont l'épaisseur ne doit pas dépasser 2/100 de millimètre, sont placées pendant 3 à 5 minutes dans la solution suivante : hématoxyline, 1 gramme; alcool absolu, 20 centimètres cubes; eau distillée, 20; carbonate de lithine, 1; la solution est préparée à froid. Puis on les plonge pendant 5 à 20 secondes dans une solution normale de perchlorure de fer; elles sont ensuite lavées, déshydratées dans l'alcool et montées dans le baume de Canada.

Les fibres élastiques prennent une coloration bleu sombre qui fait contraste avec la couleur plus ou moins grisâtre des tissus voisins. Avec quelque habitude on arrive à colorer les plus fines fibrilles du tissu élastique.

L'auteur a pu ainsi constater combien la couche sous-papillaire du chorion était riche en fibres élastiques qui forment là un réseau parallèle à la couche cornée de l'épiderme; de nombreuses fibrilles partent de ce réseau élastique pour aller constituer un lacis inextricable dans les papilles. W. ŒTTINGER.

Recherches sur la coloration des tissus chez les animaux vivants au point de vue histologique, par Mohamed TALAT (*Thèse de Paris*, 1886).

Les phénomènes de localisation de substances colorées dans des tissus vivants ont été étudiés depuis longtemps déjà. On savait, après les recherches de Duhamel, de Cohnheim, de Heidenhain, que certaines matières colorantes se fixent, soit sur certains organes, soit sur certains tissus. L'importance des résultats à acquérir, au point de vue des propriétés des cellules vivantes, était évidente, aussi un grand nombre d'observateurs eurent-ils l'idée d'étudier ces phénomènes sur les éléments anatomiques eux-mêmes pendant la vie. Certes montre que le bleu G2B est un réactif des éléments contractiles du pédoncule de certaines vorticelles; Pouchet et Legoff étudient la fixation du carmin sur les noyaux des cellules tendineuses et en général sur les tissus fibreux; Ehrlich constate que le bleu de méthylène possède une affinité extraordinaire pour les ramifications du cylinder-axis, et affirme la supériorité de la coloration des tissus nerveux obtenue pendant la vie, sur les procédés jusqu'alors employés, l'aurification par exemple. M. Talat, partant de ces données, recherche à son tour l'action de diverses matières colorantes; il étudie à nouveau le bleu de méthyle et la fuchsine, introduits à des doses variables dans le torrent circulatoire d'un animal,

soit par l'alimentation, soit par l'injection intra-péritonéale, soit, chez les animaux qui vivent dans l'eau, par le séjour dans une solution colorée. Il est arrivé ainsi, par une série d'expériences, à confirmer certains faits connus, tels que la coloration des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires, des tissus conjonctifs en général, et à prouver l'élection des substances employées : sur les fibres lisses des vaisseaux, les fibres du cœur, les capillaires et l'endothélium du système respiratoire, les glandes de l'intestin, les glomérules du rein, et enfin, chez les batraciens et les poissons, les chromoblastes et les glandes de la peau. A. NICOLAS.

Ueber eine Methode der natürlichen Injection von Lymphbahnen der Niere (Méthode d'injection naturelle des voies lymphatiques du rein), par KABRHEL (*Wien. med. Jahrb., p.* 385, 1886).

L'auteur confirme les résultats de Ludwig et Zawarykin sur les espaces lymphatiques du rein. Mais il considère sa méthode comme plus simple : c'est celle de l'injection naturelle, la matière colorante étant injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les vaisseaux. Les expériences sont faites sur la grenouille ; la matière employée est le sulfate de soude indigosique chimiquement pur.

On met à nu la veine abdominale d'une grenouille, puis on détruit à l'aide d'une longue aiguille la moelle et le bulbe de l'animal. On injecte lentement la solution colorée dans la veine abdominale qu'on lie ensuite aux deux extrémités. Au bout de trois heures, on prend les reins qui sont bleu foncé et qu'on place dans l'alcool absolu.

Le microscope montre les espaces qui entourent les canalicules urinifères remplis de matière bleue. Ces espaces se distinguent facilement des vaisseaux dans lesquels on voit les grains bleus à côté des globules sanguins. Sur certains points on voit ces grains passer des vaisseaux sanguins dans les espaces.

Si l'on attend plus de trois heures pour prendre les reins, on voit la membrane propre des canalicules colorée en bleu ; plus tard encore, la matière colorante passe dans la lumière des canalicules, et alors les espaces lymphatiques sont vides.

L'auteur suppose donc que de la même façon les parties liquides du sang traversent les lymphatiques pour arriver aux canalicules urinifères.

L. GALLIARD.

PHYSIOLOGIE.

Ueber die Druckschwankungen in der Cerebrospinalflüssigkeit und den Wechsel in der Blutfülle des Centralen Nervensystems (Sur les oscillations de tension du liquide céphalo-rachidien et les variations de réplétion par le sang du système nerveux central), par KNOLL (*Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. zu Wien., Band XCIII*, 31 *pages*, 3 *pl.*, *avril* 1886).

Après un aperçu historique,un premier pararaphe est consacré à l'étude de l'influence des mouvements respiratoires sur la pression céphalo-

rachidienne. Se servant des mouvements de va-et-vient des fontanelles, de la membrane atloïdo-occipitale, et de ceux qui se passent au niveau des espaces trépanés, l'auteur, à la suite de Salathé, a obtenu des tracés de ces mouvements qui montrent l'augmentation de tension lors de l'expiration, une diminution au contraire dans l'inspiration. Il a ensuite étudié les influences diverses (section bilatérale des vagues, excitation des nerfs sensibles, cris de l'animal, etc.) qui, agissant directement sur le système respiratoire, retentissent immédiatement sur la pression céphalo-rachidienne.

Examinant ensuite l'influence exercée sur cette pression par les oscillations de tension veineuse, Knoll constate que la pression céphalo-rachidienne est accrue par l'occlusion des veines qui communiquent avec celles de la boîte céphalo-rachidienne.

Vient en troisième lieu l'étude des oscillations de tension artérielle influençant la pression cérébro-spinale. Sur des tracés de cette pression, on retrouve toutes les oscillations du pouls artériel; on voit, le cœur étant arrêté par l'excitation du bout périphérique du vague, une chute aussi évidente que si elle eût été prise directement sur une artère; l'excitation de nerfs vaso-constricteurs (ischiatique, par exemple) a une influence tout aussi certaine. L'excitation et la section du sympathique cervical n'ont cependant apporté aucune modification notable dans les tracés cérébro-spinaux.

Dans des remarques terminales, l'auteur affirme donc la réalité de l'influence des mouvements respiratoires normaux et anormaux (rire, toux, etc)sur la tension du liquide céphalo-rachidien et sur la vascularisation du système nerveux central. A leur tour, les maladies de toute nature, qui rétrécissent les cavités thoracique et abdominale, amènent des troubles circulatoires dans les veines spinales tributaires des azygos. Ce sont là peut-être autant de données applicables à l'étiologie des maladies chroniques du système nerveux central. A. PRENANT.

What is the nerve-force (Qu'est-ce que la force nerveuse ?) par BOWDITCH (*American Association for advancement of Science, août* 1886).

Le mouvement de l'influx nerveux le long d'un filet nerveux peut s'expliquer par deux théories : la *théorie kynétique*, qui fait intervenir une translation vibratoire moléculaire, comme l'ondulation des physiciens; et en second lieu la *théorie de la décharge chimique*, qui suppose une destruction chimique du matériel organique le long du nerf, phénomène qui serait analogue à l'inflammation qui se propage le long d'une traînée de poudre. Dans ce dernier cas, on peut espérer saisir des traces de ce changement chimique et une production de chaleur. S'il y a usure chimique, il doit y avoir fatigue : dans le cas de transport physique, il ne doit point y avoir fatigue.

L'auteur examine ces trois points : changement chimique, production de chaleur, fatigue, pour décider entre les deux théories. Quant aux changements chimiques, le seul qui ait été vraiment affirmé, c'est le renversement de la réaction qui est alcaline dans le nerf au repos, acide dans le nerf qui a fonctionné, ainsi que l'ont montré Funke (1859) et Ranke (1869). Mais Liebreich (1867) et Heidenhain (1868) ont contesté le fait. Hermann a discuté ces points. Il semble établi que l'acidité est plus

grande dans la substance grise que dans la substance blanche, lorsqu'on opère sur la moelle ; il serait possible alors que l'acide formé passât de la substance grise dans la fibre blanche, au lieu de se produire dans celle-ci, circonstance qui enlèverait à l'argument à peu près toute sa valeur. Il n'y a rien de positif quant aux autres changements chimiques.

Pour ce qui concerne la production de chaleur, Helmholtz (1848) n'a pu constater aucun phénomène de ce genre, bien qu'il employât des appareils pouvant signaler une élévation thermique de 1/2000 de degré. Heidenhain n'a pas mieux réussi. D'autre part, Valentin, Oelh et Schiff maintiennent l'exactitude de cet échauffement. Mais l'assertion de ce dernier auteur est très contestable, car il trouve l'échauffement plus considérable au voisinage du point excité qu'à une certaine distance, ce qu'il explique par l'affirmation insoutenable que l'effet nerveux diminuerait d'intensité, en s'éloignant de son point de départ. L'expérience ne décide pas mieux ici que tout à l'heure.

Reste la fatigue. Le nerf excité constamment perd-il de son activité? Pour en juger, on peut recourir à la variation négative qui est un signe de cette activité. Mais les expériences ne permettent point, malgré ce qu'en dit Hermann, d'assurer que cette variation négative diminue, à mesure que l'excitation se prolonge. D'autre part, si l'on juge de l'activité nerveuse par la contraction musculaire, on se heurte à une difficulté insurmontable, puisqu'il est hors de doute que le muscle se fatigue très vite pour son propre compte. Bernstein a tourné la difficulté d'une manière ingénieuse, en opérant comparativement sur deux muscles dont les nerfs étaient excités par l'appareil d'induction : dans l'un d'eux, l'on faisait passer un courant constant qui a pour effet d'arrêter l'excitation et de l'empêcher d'arriver au muscle. Quand le second muscle était complètement épuisé, on revenait au premier et l'on supprimait le courant constant : la contraction tétanique se produisait immédiatement, montrant ainsi que l'excitation n'avait point fatigué le nerf. La fatigue du nerf se produisait pourtant au bout de 5 à 15 minutes, d'après Bernstein ; Wedenskii (1884), reprenant l'expérience en se mettant à l'abri d'un phénomène perturbateur (contraction d'ouverture), ne trouva point de fatigue après six heures.

Bowditch a eu recours à une méthode différente, suggérée d'ailleurs par Wedenskii. Il empoisonne un chat par le curare à la dose limite; le sciatique est continuellement excité ; après un intervalle de 1 heure 1/2 à 4 heures, le curare s'éliminant, la contraction musculaire se produit. Le nerf n'était pas fatigué. Ainsi, dans l'état actuel de la science, la théorie kinétique a autant de vraisemblance au moins que la théorie chimique.

DASTRE.

Plethysmographic experiments on the vaso-motor nerves of the limbs (Expériences pléthysmographiques sur les nerfs vaso-moteurs des membres), par BOWDITCH et WARREN (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 416).

Lewaschew a signalé l'inégale distribution des vaso-moteurs à la périphérie et vers les parties centrales des membres. La question est cependant à reprendre. Les auteurs du présent mémoire rappellent brièvement les travaux anciens de Goltz, Putzeys et Tarchanoff, Ostroumoff, Kendall et Luchsinger, Lépine, Bernstein, Karlin, travaux dont la critique a déjà

paru plus développée dans l'ouvrage de Dastre et Morat, dont les physiologistes américains ne paraissent point avoir connaissance. Ils reprennent la question au moyen de la méthode pléthysmographique. L'appareil peut être rempli d'eau chaude ou froide à la température désirée. On opère sur le chat éthérisé : le nerf sciatique est préparé et disposé pour l'excitation. On détermine d'abord les résultats produits par l'administration du curare, auquel on est obligé de recourir dans quelques recherches. Cette action qui se traduit par une constriction vasculaire très passagère, est la même sur le membre dont le sciatique est coupé et sur celui dont le sciatique est intact. Les excitations électriques sont ensuite mises en jeu. Elles ont pour résultat une contraction rapide, suivie de dilatation, une dilatation lente d'emblée. La durée de la stimulation et la température du membre, semblent n'avoir qu'une faible influence sur le résultat. L'examen de 909 expériences faites sur 70 chats, conduit aux conclusions suivantes : il semble que la dilatation d'emblée ne se produise pas, lorsque les excitations sont rapides et fortes. En moyenne, il paraîtrait que les vaso-dilatateurs sont plus vite fatigués, plus sensibles au rythme lent de l'excitation et aux courants faibles, tandis que les vaso-constricteurs l'emporteraient dans les conditions opposées. Le maximum de contraction se produit plus vite que le maximum de dilatation. Le nerf dégénéré paraît perdre plus vite son pouvoir constricteur que son pouvoir dilatateur. Au 4e ou 5e jour, les vaso-constricteurs n'ont plus d'action : les vaso-dilatateurs conservent la leur jusqu'au 6e ou 7e jour. Il semble que, dans ces phénomènes vasculaires, l'influence principale appartienne aux vaisseaux cutanés.

Ces résultats sont sensiblement d'accord avec ceux des auteurs antérieurs. Mais cette manière d'étudier le problème ne peut conduire à la solution. C'est en remontant vers la moelle et non en expérimentant sur le sciatique que Dastre et Morat ont résolu le problème que Bowditch et Warren ont étudié avec beaucoup de soin, mais sans conclusion possible. Il serait à souhaiter que la littérature scientifique française fût mise plus souvent à contribution par les auteurs étrangers. DASTRE.

Ueber die Gefässnerven-Centren im Gehirn und Rückenmark (Des centres vasomoteurs du cerveau et de la moelle), par STRICKER (*Wien. med. Jahrb.*, p. 1, 1886).

L'excitation des régions motrices de l'écorce a une influence incontestable sur la pression sanguine. L'auteur, en électrisant le gyrus sigmoïde, obtient tantôt immédiatement, tantôt au bout de 8 ou 10 secondes, une élévation de la pression du sang; le phénomène ne se produit parfois qu'après un abaissement initial. L'excitation des couches optiques n'a aucun effet, tandis que celle de la portion antérieure des corps striés agit comme celle des foyers moteurs corticaux, et même les résultats sont encore plus nets. Ces faits conduisent à penser que les centres vaso-moteurs du bulbe sont reliés à l'écorce et au corps strié par des filets nerveux; plus bas existe le centre cilio-spinal de Budge (au niveau de la première vertèbre dorsale), au-dessous duquel l'auteur admet encore d'autres centres régulateurs de la pression sanguine. L'auteur espère les déterminer plus tard.

Pour ce qui concerne l'écorce du cerveau, l'auteur n'a pas trouvé de centre vaso-moteur en dehors des foyers moteurs, mais il ne prétend pas que la zone motrice se confonde exactement avec le zone vaso-motrice corticale.

Comme l'excitation de la substance cérébrale est parfois suivie d'une dépression sanguine, puis secondairement d'une augmentation de la pression, il faut admettre théoriquement l'existence de centres vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs distincts : quand l'électrode influence surtout les dilatateurs, on observe d'abord l'abaissement de la pression ; au contraire l'élévation est immédiate si l'excitation électrique a porté principalement sur les constricteurs. L. GALLIARD.

Weitere Untersuchungen über das Verhalten der Froschlarven im galvanischen Strome (Nouvelles recherches sur l'action que le courant galvanique exerce sur les têtards de grenouille), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIX*, p. 414).

Lorsqu'on fait passer un courant électrique à travers un aquarium, tous les têtards qui s'y trouvent s'orientent de manière à tourner la tête vers le pôle positif ou *anode*. Les expériences faites sur des têtards décapités, privés de queues, etc., ont montré qu'il s'agit d'une action du courant électrique sur les centres nerveux, notamment sur la moelle épinière. Cette action s'explique en admettant que le courant ascendant (allant de la queue à la tête) provoque une vive irritation (douloureuse) de la moelle, tandis que le courant descendant n'irrite pas la moelle, et exerce plutôt une action d'arrêt sur ses fonctions excito-motrices.

Les larves de *rana temporaria* sont noires à la lumière du jour et à la lumière bleue. Les cellules à pigment se cachent dans la profondeur et l'animal devient incolore et transparent, si on le conserve dans l'obscurité ou si on le soumet à l'action des rayons rouges. L'intégrité du système nerveux central est indispensable à la production de ces changements de coloration qui s'opèrent en moins d'une heure.

Les poumons se développent de très bonne heure et se montrent dès le début remplis d'air, alors que l'intestin n'en contient pas.

Toute la surface du corps est recouverte au début d'épithélium vibratile. L. FREDERICQ.

Zur Dualität des Temperatursinns (Sur la dualité du sens thermique), par GOLDSCHEIDER (*Archiv für d. ges. Phys., XXXIX*, p. 96).

Herzen a observé que, lorsqu'un membre est engourdi par compression nerveuse, il devient insensible au froid et très sensible au chaud. Il rapproche à cet égard la sensibilité tactile de la sensibilité au froid, et la sensibilité au chaud de la sensibilité à la douleur ; les deux premières pourraient avoir leurs voies de conduction dans les cordons postérieurs, les deux autres dans la substance grise médullaire. Goldscheider reprend cette observation, et il étudie méthodiquement les phénomènes qui suivent la compression du nerf radial. Il constate que la conduction est d'abord atteinte pour les nerfs frigorifiques : elle disparaît entièrement. A ce moment la sensibilité à la chaleur et au contact sont affaiblies. Puis c'est la conduction centrifuge qui est abolie, enfin les sensations thermiques et tactiles. Le retour de toutes les qualités nerveuses se fait

en même temps : il peut s'accompagner d'une hyperesthésie tactile et plus rarement frigorifique. Le premier point était de savoir si ces phénomènes ne seraient point dus à un refroidissement des parties correspondantes au nerf comprimé, refroidissement qui les rendrait moins propres à être affectées par un corps froid. Cette supposition est écartée et la conclusion s'impose que les effets sont bien dus à la compression nerveuse seule. L'auteur examine alors les cas d'anesthésie locale par la cocaïne. L'examen attentif montre que le sens thermique disparaît avant le sens tactile, ou la sensibilité à la douleur, mais qu'elle disparaît simultanément pour le froid et pour le chaud. L'anesthésie par la cocaïne est une anesthésie de la conduction nerveuse. Goldscheider conteste le rapport établi par Herzen, entre le sens calorifique et le sens de la douleur : il conteste également que les sensations calorifiques aient, pour voie de conduction, la substance grise médullaire. (Voy. *R. S. M.*, *XXVII*, 414.) DASTRE.

Warmelieferung und Arbeitskraft des blutleeren Säugethiermuskels (Production de chaleur et de travail dans le muscle exsangue de mammifère), par S.-M. LUKJANOW (*Archiv für Anat. u. Physiologie. Suppl. Band, p.* 117, 1876).

Lukjanow mesure, au moyen d'un petit thermomètre très sensible, la température de l'interstice compris entre le droit antérieur de la cuisse et le vaste interne chez le chien chloralisé. Une sonde à tampon, introduite dans l'aorte par la sous-clavière gauche, permet d'interrompre à volonté la circulation dans tout l'arrière-train, et de rendre les muscles exsangues. Leur contraction (séries de secousses simples) est provoquée par l'excitation du nerf crural. La patte est enveloppée d'ouate ; dans ces conditions sa température est presque entièrement soustraite aux influences extérieures.

Le muscle exsangue, fatigué par une ou plusieurs séries de secousses, se restaure complètement en quelques minutes par le repos, si l'on y rétablit le cours du sang (supprimer momentanément l'occlusion de l'aorte). Si les séries de secousses ont dépassé une certaine mesure, la restauration se fait mal. Si l'on allonge davantage les séries de secousses, la restauration par rétablissement de la circulation ira rapidement en s'affaiblissant. Les substances qui donnnent naissance à la chaleur dans le muscle qui se contracte, ne paraissent donc pas lui être amenées toutes faites par le sang. Les matériaux de ces substances existent sans doute à l'état de dépôt dans le muscle même, dépôt qui a besoin du sang pour passer à l'état actif, utilisable.

Au bout de 1,200 à 1,400 secousses simples, la colonne thermométrique cesse généralement de monter. Le maximum d'augmentation de température observé dans ces conditions atteignit 1°,15 C., ce qui représente environ une microcalorie par gramme de muscle.

Lukjanow étudie successivement les modifications dans la production de chaleur sous l'influence de variations dans le nombre, l'intensité, l'intervalle des excitations successives du nerf crural. Dans quelques expériences, il détermine simultanément la quantité d'énergie mécanique (travail) et la quantité d'énergie calorifique développées dans le muscle. L'énergie mécanique ne représente qu'une faible fraction (1/10-1/120) de l'énergie calorifique.

Quelques-unes de ces expériences ont été répétées chez le crapaud et la grenouille. L'élévation de la température des muscles contractés du crapaud peut atteindre 4°,8 C., tandis que chez la grenouille Lukjanow n'obtint qu'une augmentation de 0°,6. L. FREDERICQ.

Muskelthätigkeit als Maass psychischen Thätigkeit (**L'activité psychique mesurée par l'activité musculaire**), **par J. LOEB** (*Archiv f. d. ges. Physiologie, Band XXXIX*).

Le travail intellectuel nuit au travail musculaire. Si l'on mesure au dynamomètre la force de contraction des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, on trouve pendant l'activité psychique des valeurs très inférieures à celles que l'on obtient lorsque l'esprit est au repos. Plus le travail intellectuel est compliqué, plus la force musculaire décroît. La diminution de la force musculaire peut donc, jusqu'à un certain point, servir de mesure à l'intensité de l'activité psychique.

En comprimant le dynamomètre de la main gauche pendant le repos intellectuel, Lœb fait dévier l'aiguille de 77° ; pendant une lecture purement mécanique, la déviation est de 67° ; enfin en lisant attentivement un texte difficile, il n'obtient plus que 15° de déviation au dynamomètre. Autre exemple pris au hasard parmi les chiffres des expériences de Loeb : la main droite pousse l'aiguille du dynamomètre à 33° pendant un calcul mental (multiplication de 18 par 18 = 324) alors qu'on avait obtenu 88° immédiatement avant le calcul. Si le calcul mental est très simple et se fait pour ainsi dire sans réflexion, son influence est presque nulle sur la force musculaire : au repos intellectuel, déviation au dynamomètre, 99° ; multiplication mentale 3 par 6 = 18, déviation de 90°. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Curve, nach wetcher die Erregbarkeit des Muskels abfällt (**Sur la courbe qui représente la diminution d'excitabilité du muscle**), **par R. NICOLAIDES** (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, 1886. *Supplem.-Band*, p. 27).

Les expériences faites sur le muscle gastro-cnémien de la grenouille, excisé et disposé dans la chambre humide du myographe de Helmholtz-Pflüger, ont montré que l'excitabilité du muscle augmente d'abord rapidement, puis plus lentement et atteint un maximum au bout d'un temps variant de quelques minutes à plusieurs heures (4 heures dans une expérience). L'excitabilité diminue ensuite rapidement au début, puis plus lentement. L. F.

Zur Kenntniss der willkürlichen Muskelthätigkeit (**Sur la contraction volontaire des muscles**), **par J. v. KRIES** (*Archiv f. Anat. u. Physiologie. Suppl.-Band*, p. 1, 1886).

Un mouvement complet de flexion et d'extension du doigt médian, directement inscrit sur le papier enfumé de l'appareil enregistreur, dure de 1/11 à 1/17 de seconde. Avec un mode d'enregistrement laissant plus de liberté au doigt, cette durée peut être abaissée en moyenne à 1/13 de seconde (0s,77 pour la flexion du doigt, et 0s,74 pour le mouvement de la main entière). Le mouvement de flexion du doigt médian, provoqué par l'excitation artificielle des muscles fléchisseurs au moyen d'un seul choc d'induction, présente une durée notablement plus longue.

Les mouvements volontaires, malgré leur complexité fondamentale, peuvent donc présenter une durée moindre qu'une simple secousse musculaire. Cela provient de ce qu'un mouvement volontaire très court s'accompagne toujours de la contraction successive de deux groupes de muscles antagonistes. Dans l'exemple de la flexion du doigt médian, l'action des muscles fléchisseurs se trouve rapidement coupée par celle des extenseurs.

Un pianiste frappera successivement deux touches à un intervalle de temps de 1/16 de seconde. La langue peut exécuter des mouvements dont la durée ne dépasse pas 1/15 de seconde; le pied a besoin de 1/8 à 1/9 de seconde.

La répétition rythmée d'un même mouvement (par exemple la flexion et l'extension successive du doigt) peut se faire avec une vitesse de 10 à 11 mouvements à la seconde. L'appareil musculaire vocal peut atteindre la même vitesse (répéter la même syllabe 10 fois à la seconde). On peut tout au plus faire 6, 2 mouvements des mâchoires par seconde et fléchir le pied 7 fois par seconde. Dans la dyspnée calorifique, les muscles respiratoires du chien exécutent au maximum sept mouvements à la seconde.

Au lieu d'étudier la durée des mouvements imprimés à un organe par la combinaison d'un grand nombre de muscles, on peut également s'adresser à un muscle déterminé considéré isolément. Von Kries s'est servi d'appareils enregistreurs appliqués sur un muscle de l'avant-bras et inscrivant les phases d'épaississement du muscle (à la façon de la pince myographique de Marey). Pendant le tétanos physiologique correspondant à l'innervation volontaire du muscle, le myographe enregistre un graphique présentant 9 à 12 oscillations par seconde correspondant à 9 et à 12 impulsions motrices. Horsley et Schäfer sont arrivés récemment au même résultat, tandis qu'on admettait généralement un rythme de 18 à 20 oscillations par seconde.

Si l'on enregistre les phases de l'épaississement des fléchisseurs de l'avant-bras, pendant que le doigt médian exécute un mouvement de flexion qui ne dure que 1/3 de seconde, on constate que la contraction des fléchisseurs qui a donné naissance à ce mouvement de flexion persiste beaucoup plus longtemps. Cette contraction est formée par la fusion incomplète d'au moins quatre secousses élémentaires.

Il en est de même pour les mouvements successifs rythmés de flexion et d'extension du doigt; le graphique d'épaississement du muscle montre pour chaque mouvement de flexion plusieurs ondulations ; chacun de ces mouvements est donc un tétanos, composé ordinairement de quatre secousses élémentaires. Comme le doigt peut exécuter au delà de dix mouvements de flexion par seconde, il faut admettre alors au moins 40 impulsions d'innervation par seconde ; l'intensité de ces impulsions présente un maximum toutes les quatre impulsions, c'est-à-dire 10 fois à la seconde. On peut considérer le muscle comme animé d'un tétanos permanent présentant le double rythme de 40 et de 10 à la seconde. D'ailleurs il suffit déjà de trois à quatre mouvements par seconde, pour que le muscle ne puisse se relâcher complètement dans les intervalles : il faut alors également considérer ses différentes contractions comme représentant un tétanos continu avec renforcements périodiques.

Le rythme des innervations volontaires varie donc dans des limites fort

larges, entre 8 et 40 excitations simples à la seconde. Le rythme le plus élevé correspond aux mouvements les plus rapides. Quand il s'agit au contraire d'un effort musculaire intense, qui doit être soutenu pendant quelque temps, on constate l'existence du rythme d'innervation le plus lent, de 10-12 excitations à la seconde. L. FREDERICQ.

Bemerkungen zur Lehre von den Athembewegungen (Remarques sur la théorie de l'innervation respiratoire), par F. MIESCHER-RÜSCH (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, *p.* 356, 1885).

Miescher-Rüsch discute quelques-unes des théories mises en avant pour expliquer le rythme des mouvements respiratoires. Il publie également les résultats d'expériences destinées à déterminer la limite à laquelle CO_2 produit de la dyspnée chez l'homme. Il respire dans une atmosphère confinée jusqu'à ce que le rythme respiratoire commence à se modifier par l'accumulation de CO_2. A ce moment, il analyse les dernières portions de l'air expiré, et constate que cet air contient de 6 à 6,4 0/0 de CO_2, tandis qu'a l'état normal l'air des dernières portions de l'expiration contient 5,35 à 5,28 0/0 CO (5,43 0/0 d'après Vierordt). Il suffit d'une différence de composition assez minime dans l'air de l'expiration pour produire les premiers symptômes de l'expiration, ce qui montre la grande sensibilité que les centres respiratoires montrent pour de légères variations dans la proportion de CO du sang.

· L. FREDERICQ.

Ueber die in Folge von Athmungshindernissen eintretenden Störungen der Respiration (Sur les altérations des mouvements respiratoires qui dépendent d'obstacles à la ventilation pulmonaire), par O. LANGENDORFF et A. SEELIG (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIX, p.* 223).

Les expériences ont été faites sur des lapins anesthésiés par l'hydrate de chloral. Elles ont donné les résultats suivants :

1° L'occlusion de la trachée provoque un ralentissement très marqué des mouvements respiratoires ; 2° un rétrécissement des voies respiratoires produit un effet analogue, mais moins marqué ; 3° le ralentissement est plus marqué si l'occlusion (ou le rétrécissement de la trachée) est opérée à la phase d'inspiration que si elle correspond à la phase d'expiration ; 4° le ralentissement de la respiration ne se montre que s'il y a un obstacle à l'expiration ; les obstacles qui n'agissent que sur l'inspiration n'ont pas d'action, comme l'ont montré les expériences faites au moyen de valvules d'inspiration et d'expiration à résistance variable. C'est probablement la distension du tissu pulmonaire qui, dans ces différents cas, est le point de départ du ralentissement de la respiration. Les expériences de Hering et Breuer nous ont appris que toute distension du tissu pulmonaire avait pour effet d'irriter certaines fibres sensibles ou centripètes du pneumogastrique, qui, par voie réflexe, arrêtent la respiration en expiration ou la ralentissent tout au moins ; 5° le ralentissement de la respiration dans le cas d'occlusion ou de rétrécissement de la trachée ou dans celui d'un obstacle à l'expiration, suppose en effet l'intégrité des pneumogastriques. Il ne se montre plus après la section de ces nerfs. L. FREDERICQ.

Die Athembewegungen und deren Innervation beim Kaninchen (Les mouvements respiratoires et leur innervation chez le lapin), par Max MARCKWALD (*Zeitschrift f. Biologie, XXIII, N. F., Band V.-Laboratoire de physiologie de Berne*).

L'intéressant travail de Markwald ne comprend pas moins de 120 pages de texte avec 43 figures et une planche, plus 15 pages de bibliographie ; il est riche en expériences et en aperçus nouveaux. La place nous manque pour en donner une analyse complète. Nous nous bornons à en reproduire ici les conclusions, telles que l'auteur les a formulées.

1. Les centres respiratoires sont situés dans la moelle allongée, en connexion intime avec les noyaux d'origine des pneumogastriques ; il faut distinguer un centre d'inspiration et un centre d'expiration. Le premier seul intervient dans la respiration normale ; le centre d'expiration est moins excitable et n'entre en jeu qu'exceptionnellement.

2. Il n'y a pas de centres respiratoires situés plus haut que la moelle allongée. Tous les faits que l'on a invoqués en faveur de l'existence de ces centres supérieurs trouvent leur explication naturelle dans des excitations centripètes de la moelle allongée qui viennent agir par voie réflexe sur le centre respiratoire du quatrième ventricule. Les conditions dans lesquelles se produit la dyspnée céphalique (mouvements respiratoires des naseaux, sur une tête décapitée, mais à moelle allongée conservée) sont en contradiction directe avec l'existence des centres respiratoires supérieurs.

3. La moelle épinière ne contient que les voies centrales de l'innervation respiratoire ; elle ne contient pas de véritables centres capables de provoquer des mouvements respiratoires.

4. L'activité des centres respiratoires de la moelle allongée peut être mise en jeu par voie automatique et par voie réflexe.

5. Les centres respiratoires, agissant par voie purement automatique (c'est-à-dire séparée du reste du système nerveux central et des nerfs sensibles), ne peuvent donner naissance qu'à des convulsions des muscles respiratoires ; ils ne sont pas capables de provoquer de vrais mouvements respiratoires à rythme régulier.

6. La production des mouvements respiratoires normaux est un acte réflexe, principalement dû à l'action centripète des pneumogastriques. Ces nerfs agissent pour empêcher l'accumulation exagérée d'actions excitantes, au niveau des centres respiratoires, et pour utiliser ces actions excitantes en décharges périodiques produisant chacune un mouvement respiratoire.

7. L'action que les pneumogastriques exercent sur les centres respiratoires est permanente, *tonique ;* lorsque l'organisme animal est à l'état de repos complet, ces nerfs constituent peut-être les seuls régulateurs de la respiration.

8. Outre les pneumogastriques, les voies nerveuses encéphaliques sont également très importantes pour la production de la respiration normale. Les centres nerveux situés au-dessus de la moelle allongée sont capables de suppléer à l'absence des pneumogastriques. Mais la section de la moelle allongée pratiquée au-dessus des centres respiratoires, combinée avec celle des pneumogastriques, abolit nécessairement

les mouvements respiratoires rythmés et ne laisse persister que des convulsions respiratoires.

9. Si les pneumogastriques sont intacts, la destruction des voies nerveuses encéphaliques peut amener la respiration périodique (à escalier descendant, à type un peu différent de la respiration de Cheyne-Stokes).

10. La respiration périodique peut se produire sans qu'il y ait de modification dans l'excitabilité des centres respiratoires. Une faible excitation des centres respiratoires produit les mêmes effets, tant au moment d'un groupe de respirations que pendant les intervalles des accès.

11. L'action des nerfs sensibles de la peau ne peut remplacer l'intervention des voies nerveuses encéphaliques ni celle des pneumogastriques.

12. Tandis que les nerfs cutanés n'exercent chez les animaux intacts qu'une influence minime, ou même nulle sur les centres respiratoires, ces mêmes nerfs acquièrent une importance beaucoup plus grande après la destruction des voies nerveuses encéphaliques. Les excitations cutanées peuvent alors provoquer, par voie réflexe, des séries entières de mouvements respiratoires. Les nerfs cutanés n'exercent pas d'action *tonique* sur les centres respiratoires.

13. Les nerfs centripètes qui exercent une action d'arrêt sur la production des mouvements respiratoires (le trijumeau, le laryngé supérieur, le glosso-pharyngien, etc.) ne possèdent pas de *tonus;* ils doivent être considérés comme des nerfs respiratoires accessoires, n'intervenant pas dans la production de la respiration normale.

14. L'excitation du trijumeau et du laryngé supérieur (ainsi que celle de l'olfactif et du splanchnique) a pour effet de ralentir les mouvements respiratoires et finalement d'arrêter la respiration en expiration. L'excitation du glosso-pharyngien n'a pas d'influence sur la fréquence des mouvements respiratoires; cette excitation produit un arrêt complet de la respiration qui se maintient dans la phase existant au moment de l'excitation.

15. Un seul choc électrique ne peut à lui seul mettre en jeu l'activité du centre respiratoire; il n'y a d'effet produit que si l'excitation électrique unique est renforcée par une autre influence (excitants chimiques intracentraux).

16. Le mouvement respiratoire le plus court que le centre de la moelle allongée puisse provoquer, correspond à l'envoi par la voie des phréniques de quatre excitations simples, séparées l'une de l'autre par un intervalle d'un vingtième de seconde. Le mouvement respiratoire le plus simple possible est donc produit non par une seule secousse du diaphragme mais par une contraction tétanique de ce muscle correspondant au moins à quatre secousses élémentaires.

17. L'excitant normal des centres respiratoires ne doit pas être cherché dans le degré plus ou moins grand de vénosité du sang (défaut d'oxygène ou excès de CO_2). La respiration peut continuer encore pendant longtemps après suppression de la circulation et après soustraction de tout le sang.

18. La théorie de Hering-Breuer sur la régulation de la respiration ne peut être admise, puisque le rythme respiratoire se maintient malgré l'ouverture des cavités pleurales et l'extirpation des poumons.

19. L'excitant intrinsèque du centre respiratoire est sans doute de même nature que celui qui entretient les pulsations sur un cœur isolé. Il s'agit probablement de produits de décomposition des sucs intercellulaires.

20. L'apnée (suspension des mouvements respiratoires par ventilation pulmonaire énergique) n'est nullement causée par une modification de la composition chimique du sang (excès d'oxygène). Il s'agit probablement d'une excitation des pneumogastriques venant supprimer l'action de l'excitant normal des centres respiratoires. Ceci nous explique la difficulté que l'on a de produire l'apnée après la section des pneumogastriques.

21. Pendant la durée de l'apnée, il est impossible de provoquer des mouvements respiratoires, soit par excitation directe de la moelle allongée, soit par excitation des pneumogastriques.

22. Les centres respiratoires du fœtus encore contenu dans l'utérus maternel se trouvent dans un état d'excitabilité diminuée.

23. Dès que des excitations centrales ou périphériques ont, au moment de la naissance, provoqué les premiers mouvements respiratoires, le centre respiratoire devient incapable de résister aux impulsions qui lui sont transmises et la respiration, une fois amorcée, ne s'arrête plus.

24. Plusieurs phénomènes, tels que la dyspnée par injection d'eau salée, la dyspnée par action frigorifique (et la dyspnée calorifique) ? s'expliquent en admettant que les nerfs phréniques peuvent recevoir des impulsions motrices provenant directement de centres moteurs de l'écorce cérébrale, sans passer par les centres respiratoires.

25. Cette hypothèse se trouve corroborée par la présence de fibres sensibles dans les phréniques et par le grand développement du sens musculaire du diaphragme.

26. Les lapins âgés de plus de 4 à 5 mois peuvent survivre à la section des phréniques. Les très jeunes lapins meurent à la suite de cette opération ; l'asphyxie est due chez eux à l'insuffisance de la dilatation inspiratoire du thorax. L. FREDERICQ.

La respiration périodique et la respiration superflue ou de luxe, par A. MOSSO (*Archives italiennes de biologie, tome VII, p.* 48; *Memorie della R. Acc. dei Lincei, I*, 1885, *et Archiv f. Physiologie*, 1886. *Suppl.-Band*).

Mosso a fait, dans son laboratoire de Turin, un grand nombre d'expériences sur le rythme respiratoire de l'homme et des mammifères, sur le volume d'air respiré, etc. Quelques-unes de ces expériences ont été répétées au col du Théodule, dans les Alpes Pennines (3333 mètres de hauteur). Voici comment il formule les résultats de ses recherches :

1° — Les mouvements de la respiration ne sont pas toujours uniformes et réguliers. Dans le repos profond et spécialement dans le sommeil, apparaissent, chez l'homme comme chez les animaux, des *périodes;* c'est-à-dire des groupes d'inspirations, qui augmentent et diminuent successivement d'amplitude. On peut donner le nom de respiration *périodique* à cette forme particulière de la respiration, pour la distinguer de la respiration *uniforme*, c'est-à-dire du type le plus commun, qui seul jusqu'à présent était considéré comme physiologique. Pendant ces périodes, l'amplitude des mouvements respiratoires de

l'abdomen et du thorax ne se correspondent pas dans leurs variations ; c'est ce que Mosso appelle l'*alternance des mouvements respiratoires*. La régularité des périodes est si grande qu'il faut bien admettre qu'elles dépendent de causes internes, agissant sur les centres respiratoires. Il ne s'agit pas de variations périodiques de l'activité psychique, quoique l'état de repos de l'esprit exerce une influence sur le rythme respiratoire et tend à produire des mouvements rapides et peu profonds, mouvements auxquels le diaphragme participe relativement moins que la cage thoracique.

2° — Le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires ne sont pas toujours dans un étroit rapport avec la respiration des tissus et du sang, et proportionnelles au besoin d'introduire l'oxygène et d'éliminer l'acide carbonique. C'est ce que Mosso appelle *respiration superflue* ou *respiration de luxe*, pour indiquer que généralement nous respirons plus qu'il n'est nécessaire pour notre organisme. Nous pouvons en effet diminuer volontairement pendant assez longtemps et sans inconvénient la quantité d'air inspirée.

3° — Au col de Saint-Théodule, c'est-à-dire à l'altitude de 3333 mètres, on respire une quantité d'air (en poids) bien plus petite qu'à Turin. Dans cette ville et mieux encore au niveau de la mer, on respire une quantité d'air bien supérieure aux besoins de notre corps. Au niveau de la mer on respire donc une quantité *superflue* d'air.

4° — Quand le phénomène de la respiration périodique devient plus intense, il se produit des pauses, durant lesquelles les mouvements respiratoires sont beaucoup plus petits que normalement : il y a comme une *rémission* (*respiration rémittente*). Si le phénomène de la respiration périodique augmente encore, il se produit de vraies *intermittences*, durant lesquelles les mouvements respiratoires cessent complètement, et dans ce cas on peut avoir une interruption de la respiration qui peut durer 30, 40 et même 50 secondes (*respiration intermittente*). Un rythme respiratoire analogue à la respiration de Cheyne-Stokes peut donc se montrer pendant le sommeil chez l'homme sain. Après une intermittence, l'organisme ne cherche pas à réparer par une respiration plus active que normalement les dommages que l'on croirait devoir se produire par un tel arrêt. Il n'y a aucun rapport entre la durée de la pause et l'amplitude des respirations successives. La régularité de la respiration après une longue intermittence ne peut s'expliquer qu'en pensant que, même pendant le sommeil, nous respirons une quantité d'air *superflue*, et que les besoins chimiques du corps réclament une ventilation bien plus faible. Les liens entre les centres respiratoires et les phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans notre organisme ne sont pas si étroits et immédiats que les physiologistes l'avaient supposé jusqu'à présent.

La respiration *intermittente* s'observe souvent fort bien chez le chien endormi par l'hydrate de chloral. Là aussi, il n'y a pas de compensation après un arrêt de la respiration ; en outre, les inhalations d'oxygène et la respiration artificielle ne suffisent pas pour modifier les périodes et les intermittences de l'activité respiratoire. Tous ces faits prouvent qu'il n'est plus possible d'admettre un rapport absolument continu entre la partie mécanique et la partie chimique de la respiration.

5° — Les mouvements de la respiration qui s'accomplissent dans la face, le diaphragme, le thorax et l'abdomen, sont indépendants. Ce sont autant de mécanismes musculaires qui ont leurs centres propres ; la moelle allongée sert seulement à les coordonner. En effet, les mouvements inspiratoires de la face commencent avant les mouvements du thorax, du diaphragme et de l'abdomen. En outre, les mouvements respiratoires du thorax ne correspondent pas aux mouvements du diaphragme; dans le diaphragme, il se produit par intervalles des périodes de plus grande activité et des intermittences, qui ne sont que faiblement indiquées dans la respiration du thorax. Pendant le sommeil, le diaphragme cesse parfois de participer à la respiration.

Les divers appareils musculaires qui prennent part à la respiration peuvent donc agir séparément. Il était intéressant de déterminer le degré de résistance, que présentent leurs centres nerveux, aux causes qui tendent à diminuer leur vitalité. Il résulte des observations de Mosso, que, dans le sommeil, l'action du diaphragme diminue avant celle du thorax, tandis qu'au moment de la mort, c'est le thorax qui cesse le premier de se mouvoir, et le diaphragme se contracte encore longtemps, quand aucun autre muscle strié n'est plus capable de se mouvoir, le cœur excepté.

6° — La position de repos que prennent les muscles du thorax et le diaphragme, à la fin de chaque expiration, n'est pas une position constante. Indépendamment des mouvements respiratoires isolés, il y a des périodes de plus grande et de moindre activité du centre respiratoire, qui modifient les diamètres de la cage thoracique, par une action sur la tonicité des muscles respiratoires. L'étude de la circulation du sang dans l'avant-bras montre que les vaisseaux sanguins ne prennent pas part aux phénomènes de la respiration périodique. Les oscillations dans la tonicité des muscles qui servent à la respiration sont si étroitement unies au phénomène de la respiration périodique, qu'il n'est pas possible de séparer ces deux faits et d'établir les limites dans lesquelles on doit appliquer l'une plutôt que l'autre dénomination. En général, on peut dire que quand la tonicité des muscles qui servent à la respiration diminue, il y a une tendance du centre respiratoire à diminuer la force des mouvements respiratoires et souvent il en résulte une vraie pause de la respiration.

On peut jusqu'à un certain point considérer comme deux phénomènes distincts la respiration chimique et la partie mécanique de la respiration. La partie mécanique, bien qu'elle ne soit pas complètement autonome, jouit pourtant d'une telle indépendance qu'elle représente mieux la vitalité des centres nerveux dont elle dépend, que les besoins chimiques de l'organisme ; de façon que si, pour une raison quelconque, l'excitabilité de la moelle épinière ou du cerveau s'accroît, il se produit un échange de l'air des poumons beaucoup plus grand que cela n'est nécessaire pour les besoins chimiques de l'organisme ; et *vice versa*, dans le sommeil, la fonction mécanique de la respiration peut se reposer en devenant périodique, sans que la fonction chimique de la respiration des tissus et du sang ait à s'en ressentir.

Quand l'excitabilité des centres nerveux est très diminuée, on peut constater que l'accumulation de l'acide carbonique par l'asphyxie

n'exerce presque plus aucune action sur les mouvements respiratoires.

7° — La respiration périodique n'est pas en rapport immédiat avec les phénomènes vasculaires. Les pauses de la respiration n'exercent pas d'action sur le centre vaso-moteur, tant qu'elles ne sont pas trop longues. Quand il existe une action des intermittences sur les vaisseaux sanguins, on constate qu'ils réagissent d'une manière opposée à ce qui arrive pour les faits psychiques. Durant les intermittences de la respiration, il y a une diminution dans la tonicité des vaisseaux sanguins, tandis que sous l'influence des phénomènes psychiques il se produit une augmentation dans la tonicité des vaisseaux.

Les changements de la circulation du sang dans les centres nerveux peuvent produire le phénomène de la respiration périodique. La diminution de l'afflux du sang au cerveau (relever la tête) produit souvent la respiration périodique chez le chien.

8° — Mosso considère comme une condition naturelle de la vie des centres nerveux que, quand ils sortent du repos, ils ne retombent pas immédiatement dans l'état primitif, mais y reviennent graduellement par une série d'oscillations de leur excitabilité qui croît et diminue tour à tour. La respiration périodique, la rémittence et l'intermittence seraient dues à cette tendance des centres nerveux, qui se manifeste de la manière la plus simple par les *oscillations successives*.

9° — L'auteur émet ensuite des considérations intéressantes sur les relations qui existent entre le sommeil et le phénomène de la respiration intermittente.

L. FREDERICQ.

Rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique, par GARNIER (*Archiv. de physiologie*, 1er *octobre* 1886).

Il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine (acide pneumique de Verdeil?). La réaction acide du parenchyme pulmonaire sur les carbonates et phosphates du sang aboutit à la mise en liberté du gaz carbonique fixé sur ces carbonates et phosphates. L'acide carbonique acquiert ainsi une tension supérieure à la simple tension de dissociation qu'il possède à l'état de combinaison, et ainsi il peut passer du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles.

A. GILBERT.

Ueber die Bewegungen des Zwerchfells und über den Einfluss derselben auf die Unterleibsorgane (Sur les mouvements du diaphragme et sur leur influence sur les organes abdominaux), par C. HASSE (*Arch. f. Anat. und Phys.*; *Anat. Abth.*, *Heft* 3-4, *p.* 185-210, 25 *pages*, 1886).

Voici les résultats obtenus dans les expériences de l'auteur : La contraction des fibres du diaphragme produit l'effacement de la courbure des centres musculaires qui le constituent, et par suite leur abaissement; le centre tendineux descend également, entraîné par les fibres musculaires.

L'orifice inférieur de la poitrine s'élargit en même temps; les côtes et le sternum s'élèvent.

Chaque contraction écarte de la paroi thoracique les fibres du diaphragme; par suite les espaces complémentaires pleuraux sont agrandis,

et cela d'autant mieux que l'élévation simultanée de la cage thoracique est plus forte.

L'abaissement du diaphragme élève la pression intra-abdominale qui existe positivement ; l'ascension du diaphragme fait baisser cette pression, jamais cependant jusqu'à zéro.

Les changements de forme du diaphragme ont pour conséquences ceux des viscères adjacents, le foie, la rate, l'estomac.

Le foie n'est pas, comme Hyrtl, Henle l'ont dit, un organe rigide sur lequel le diaphragme peut prendre un solide point d'appui ; il est essentiellement malléable, peut se déformer ; d'autre part, il est un peu mobile.

Dans l'inspiration, il est poussé en avant et en bas, vient s'appliquer contre la paroi abdominale antérieure, et se mouler sur les organes sous-jacents ; dans l'expiration il remonte en arrière et en haut. L'étendue de cette excursion est de un à deux centimètres. En même temps, le foie subit des changements de forme, pris qu'il est entre la pression intra-abdominale et la résistance générale des viscères d'une part, la contraction du diaphragme d'autre part. Les mouvements respiratoires ont une influence manifeste sur la circulation hépatique, sanguine et biliaire. Par l'inspiration, le sang des veines portes et des capillaires hépatiques est aspiré dans la veine cave inférieure ; l'irrigation du foie se fait d'autant mieux que la respiration est plus active. L'excrétion biliaire est à son tour facilitée par les mouvements du diaphragme ; la vésicule biliaire se vide en particulier très bien parce qu'elle est comprimée lors de l'inspiration entre la puissance musculaire du diaphragme et la résistance générale des viscères.

La rate est repoussée vers le bas, lors de la contraction du diaphragme et un peu comprimée. Cette compression a pour résultat de déblayer les lacunes et le système veineux de la rate et d'interrompre en partie l'afflux de sang artériel. L'expiration, qui produit l'expansion splénique, a une action inverse.

Enfin, les mouvements du diaphragme favorisent le cheminement du contenu stomacal et intestinal. A. PRENANT.

Beitrag zur Lehre von der Natur der hemmenden Wirkung des Vagus auf das Herz (**Contribution à l'étude de l'action modératrice que le pneumogastrique exerce sur le cœur**), par **A. TALJANZEFF** (*Archiv für Anat. u. Physiologie Suppl.-Band, p.* 31, 1886).

Taljanzeff a étudié au moyen de l'électromètre capillaire de Lippmann l'état électrique du cœur pendant l'arrêt diastolique produit par la tétanisation des pneumogastriques. Il a constaté chez la grenouille, le lapin et le chien l'absence de toute manifestation électrique du cœur pendant cet arrêt. Gaskell, dans un travail récent (voir *R. S. M.,* du 15 janvier 1887, p. 23) avait annoncé que chez la tortue, l'excitation du vague au cou provoque une variation positive dans le muscle de l'oreillette.

L. FREDERICQ.

Recherches relatives à l'influence des nerfs sur la production de la lymphe, par Serge **LEWACHEW** (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 28 *juin et* 5 *juillet* 1886).

Si l'on sectionne le nerf grand sciatique, on produit une accélération

du cours de la lymphe; l'irritation du bout phériphérique du nerf par des courants induits détermine, au contraire, un ralentissement; mais, dès que l'excitation électrique cesse, on a de nouveau une accélération de l'écoulement de la lymphe. L'irritation du nerf par le courant continu détermine une accélération encore plus grande de l'écoulement de la lymphe. Toutes ces variations suivent toujours une marche absolument parallèle aux oscillations thermiques qui ont lieu dans le membre correspondant; c'est-à-dire qu'en réalité, conclut l'auteur, ces variations dans l'écoulement de la lymphe ne sont en rapport direct qu'avec l'état de la circulation du sang dans le membre. En expérimentant sur la langue, en agissant comparativement sur le nerf grand hypoglosse, considéré comme contenant exclusivement des fibres vaso-constrictives des vaisseaux sanguins, et sur le nerf lingual, renfermant des fibres vaso-dilatatrices, on arrive à des résultats qui montrent que la production lymphatique est en rapport exclusivement avec de simples conditions hydrodynamiques, et que les nerfs agissent seulement indirectement sur la circulation de la lymphe, en modifiant l'afflux du sang dans la partie correspondante, et, en outre, en faisant varier la perméabilité des parois des vaisseaux sanguins. M. DUVAL.

On the part played by ameboid cells in the process of intestinal absorption (Rôle des cellules amœboïdes dans l'absorption intestinale), par E. A. SCHÄFER (*Internationale Monatschrift für Anat. und Histologie, Band II, Heft* 1).

Dès 1876, Schäfer avait affirmé dans *Quain's Anatomy* (vol. II. p. 363) le rôle des leucocytes dans l'absorption intestinale. Le présent mémoire basé sur des recherches plus étendues développe et confirme les résultats acquis dès cette époque.

L'auteur commence par décrire l'épithélium de l'intestin. Il est constitué par des cellules cylindriques, dont l'extrémité basale est aplatie (et non pointue ou arrondie, comme on le figure). Elles n'ont pas de membrane d'enveloppe; leur protoplasma est très mou et vacuolé. Le noyau finement réticulé se trouve parfois en voie de division karyokinétique. Le plateau se compose de deux zones: l'une superficielle et striée n'a nullement la signification d'une cuticule ou d'une agglomération de cils vibratiles; car d'une part, elle est remarquable par sa mollesse plus grande encore que celle du protoplasma et par la facilité avec laquelle elle se laisse imbiber et gonfler par les liquides; et d'autre part elle n'est le siège d'aucun mouvement, contrairement aux assertions de Thanhoffer et de Wiedersheim. La seconde zone, intermédiaire à la précédente et au protoplasma, forme une bande étroite et très réfringente.

Lorsqu'on examine sur des coupes ou sur des préparations obtenues par dissociation (après fixation par l'acide osmique) l'épithélium intestinal d'animaux nourris abondamment avec de la graisse, on trouve que toutes les cellules épithéliales sont remplies de globules de graisse. Schäfer n'a cependant jamais pu constater le passage direct de la graisse à travers le plateau strié et l'on peut supposer qu'elle traverse celui-ci à l'état de glycérine et acides gras qui se recombinent une fois arrivés dans le corps de la cellule. Quoi qu'il en soit, les cellules épithéliales paraissent emmagasiner les substances alimentaires qui, par l'intermédiaire

des cellules amœboïdes, vont ensuite se déverser dans le chylifère de la villosité.

Toute la seconde partie du travail est consacrée à l'étude de ce rôle des cellules amœboïdes. On sait que celles-ci existent en très grande abondance dans le tissu propre de la villosité et se présentent isolées ou réunies en amas plus ou moins considérables. Mais on les rencontre aussi *entre* les cellules épithéliales et tout près de la surface libre de ces cellules. Elles sont plus nombreuses pendant la période d'absorption et à ce moment elles se rapprochent de la surface ; elles existent aussi en grand nombre dans les chylifères de la villosité, surtout dans le cul-de-sac du chylifère central ; de plus on aperçoit souvent de ces cellules fixées par les réactifs au moment où elles passaient à travers la paroi du chylifère. Enfin, chose remarquable, plus on se rapproche des lymphatiques profonds de la muqueuse, moins on voit de leucocytes. Il résulte de ces observations que pendant l'absorption les corpuscules lymphatiques passent du tissu muqueux de la villosité dans le chylifère central et qu'alors ils se dissolvent, se désagrègent dans le chyle.

Ce point acquis, Schäfer montre que les cellules amœboïdes sont chargées de globules graisseux pendant une digestion de corps gras, le fait est facile à constater, et il est infiniment probable que d'autres substances alimentaires se trouvent de même assimilées par le protoplasma de ces mêmes cellules, après avoir subi une transformation chimique quelconque.

Une fois incorporés aux leucocytes, les corps gras ou autres sont alors transportés par ceux-ci dans le chylifère. — Mais d'où viennent ces leucocytes ? Ils dérivent en grande partie de cellules semblables par division probablement indirecte ; d'autres proviennent du sang par diapédèse mais cette source doit être la moins abondante ; enfin Schäfer admet qu'une certaine quantité serait le résultat de la division de l'épithélium intestinal, ce qui, étant donnée l'origine endodermique du mésoderme, n'a rien qui puisse paraître étrange.

(Voir dans les comptes rendus du premier congrès des médecins russes (*Archives slaves de Biologie*, 1886, t. I., p. 613), la note de *Viajlinsky* sur l'absorption de la graisse dans l'intestin grêle des animaux, pendant l'allaitement. Cet observateur a constaté la présence des leucocytes chargés de graisse dans la couche d'épithélium cylindrique et dans le tissu adénoïde. Il a même surpris le passage des leucocytes à travers la *membrana propria*.) A. NICOLAS.

Ueber Fettresorption und Darmepithel (Sur la résorption de la graisse et l'épithélium intestinal), par **A. GRUENHAGEN** (*Arch. f. mik. Anat., Band XXIX, Heft 1*).

Dans son travail, qui n'est qu'un résumé de recherches entreprises par un de ses élèves dans son laboratoire et destinées à être publiées ultérieurement, Gruenhagen arrive à nier formellement le rôle des cellules lymphatiques amœboïdes dans l'absorption des matières grasses. Ce rôle, que les observations de Zawarykin et plus tard de Schäfer (l'auteur semble d'ailleurs n'avoir pas eu connaissance de ces dernières) paraissaient avoir nettement établi, serait réservé exclusivement aux cellules épithéliales.

Sur des préparations d'intestin de grenouille, de souris et de chat nourris avec de la graisse, on observe après l'action de l'acide osmique que les cellules épithéliales sont remplies de granulations graisseuses teintes en noir; les cellules lymphatiques, du reste peu abondantes, n'en renferment jamais.

Indépendamment de ce résultat qui est en contradiction absolue avec celui qu'ont obtenu les auteurs cités plus haut, Gruenhagen émet ensuite une série de propositions et donne des dessins qui remettent en question des faits concernant la structure de la villosité intestinale dont l'inexactitude semblait avoir été démontrée.

Après avoir confirmé l'existence de divisions karyokinétiques dans les cellules épithéliales, l'auteur déclare que ces cellules présentent du côté de leur extrémité profonde un fin prolongement qui s'enfonce dans le stroma de la villosité, se ramifie en s'anastomosant avec des prolongements voisins et finalement va se mettre en rapport avec les capillaires.

Enfin, il existe sur le sommet des villosités un enfoncement du revêtement épithélial, qui doit faire admettre l'existence d'une ouverture préformée établissant une communication entre le réseau lymphatique de la villosité et le contenu de l'intestin. A. NICOLAS.

Pepsinogen and Pepsin (Pepsinogène et pepsine), par LANGLEY et EDKINS (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 371).

La pepsine est détruite rapidement par les alcalis et les sels alcalins. La vitesse de la destruction dépend de la concentration de la solution, du temps de contact, de la température, du mélange et de la quantité de protéïdes qui y est contenue. Le seul fait de neutraliser une solution acide de pepsine en détruit une grande partie. Il suffit de quelques secondes pour détruire les propriétés de la pepsine, en mêlant volumes égaux de suc gastrique qui la contient et de carbonate de soude à 1 0/0. La présence des protéïdes diminue cette action. La pepsine de grenouille est moins altérable que celle d'un mammifère.

Au contraire, la membrane muqueuse gastrique d'un animal à jeun ne perd point son activité digestive après traitement par le carbonate de soude; d'où la conclusion que la pepsine n'y est libre qu'en très faible proportion et qu'elle y existe à l'état de pepsinogène. Il n'y a d'ailleurs entre le pepsinogène et la pepsine qu'une différence de degré quant à l'influence des réactifs, car le pepsinogène lui-même finit par se détruire sous l'influence des alcalis et des sels alcalins. Les acides minéraux étendus, le transforment rapidement en pepsine. Elle reste inaltérée pendant des années dans la solution de glycérine; le passage d'un courant d'oxygène est sans effet sur elle. L'acide carbonique détruit le pepsinogène et la pepsine (grenouille); la présence de pepsine retarde cette destruction. Le pepsinogène et la pepsine sont rapidement détruits entre 55° et 57°. Il semble y avoir plusieurs variétés de pepsine. DASTRE.

On the physiological Action of Peptones and Albumoses (Sur l'action physiologique des peptones et des albumoses), par S. POLITZER (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 283).

Schmidt-Mülheim, en 1879, a découvert les principaux effets produits

par les injections intra-veineuses de peptones : narcose profonde, abaissement de la pression sanguine, retard de la coagulation du sang. Or, on sait, depuis les travaux de Kühne et Chittenden, que la plupart des peptones sont des mélanges de peptones vraies et d'hémi-albumoses en excès. D'autre part, les tryptones ne produisent point les mêmes effets. Pollitzer s'est proposé d'étudier et de comparer les effets des peptones pures et des diverses hémi-albumoses. Il faut employer environ $0^{gr},3$ par kilogramme d'animal. Le liquide injecté est composé de solutions de carbonate de soude à 1/2 0/0 et de 5 0/0 de la substance protéïque. On opère sur l'animal à jeun : l'injection est poussée par la veine crurale ou par la veine jugulaire. L'expérience a montré que les albumoses, comme la peptone pure, exercent un effet narcotique variable, suivant la susceptibilité individuelle des animaux; elles se classent dans l'ordre suivant, au point de vue de leur activité : hétéro-albumose, protalbumose amphopeptone. La nacrose est précédée d'une période d'excitation, de malaises et de douleurs dues vraisemblablement à l'exagération de l'action péristaltique. Il y a habituellement évacuation de matières urinaires et fécales. L'effet narcotique s'accompagne d'un état cataleptique du système musculaire. Il est remarquable que ces substances n'exercent point d'action sur le lapin. On ne saurait attribuer les effets toxiques précédemment signalés à la ptomaïne particulière que Brieger a trouvée dans les peptones commerciales et qu'il a nommée peptotoxine. Les hémi-albumoses possèdent, à l'exception de l'antipeptone, la propriété d'empêcher ou de retarder la coagulation du sang : l'hétéro-albumose est la plus active à cet égard. L'auteur est d'accord avec Fano, quant à l'effet irrégulier de l'amphopeptone. Enfin, l'effet sur la pression sanguine appartient encore aux diverses albumoses, à l'exception de l'antipeptone. Les vaisseaux mésentériques sont très fortement congestionnés : l'anémie cérébrale, conséquence de ce déplacement de sang, est peut-être la cause vraie de l'effet narcotique. Enfin, les fortes doses d'albumose sont mortelles, tandis que les peptones pures n'ont qu'une action passagère.

DASTRE.

Beiträge zur Physiologie des Glykogens (Contribution à la physiologie du glycogène), par F. ROHMANN (*Archiv für die ges. Physiol., XXXIX, p.* 21).

Ce travail est relatif à l'influence qu'exerce sur la production du glycogène hépatique une alimentation déterminée à laquelle on ajoute des composés ammoniacaux. L'auteur employait une ration constante, la ration de Weiske, pour nourrir des lapins. Cette ration est composée d'amidon, de sucre, d'huile et de sels minéraux. On y ajoutait d'abord de l'asparagine, 33 grammes environ en 7 jours. En comparant un animal qui n'a reçu que la ration simple avec celui qui a reçu en plus l'asparagine, on constate que le foie de ce dernier contient environ trois ou quatre fois plus de glycogène. L'accroissement a été moindre en employant le glycocolle. Le carbonate d'ammoniaque a fourni, au contraire, des chiffres assez élevés. Le lactate d'ammoniaque n'a pas paru avoir d'influence. Une étude comparative du carbonate de soude et du carbonate d'ammoniaque montre que ce dernier doit son action à sa nature même et non à la réaction alcaline qui lui est commune avec le premier sel. Il suit de là que les produits ultimes de l'évolution des matières azotées

exercent une influence sur la production des produits hydrocarbonés de l'organisme. DASTRE.

Anwendung der graphischen Methode bei Untersuchung des intraoculären Druckes (Emploi de la méthode graphique dans l'étude de la pression intra-oculaire), par L. BELLARMINOFF (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIX, p.* 449).

Bellarminoff introduit dans le corps vitré une canule reliée à un manomètre en U à mercure. La courbure inférieure du manomètre communique avec un petit réservoir compressible à mercure, ce qui permet à chaque instant de varier la hauteur de la colonne manométrique, et de faire exactement équilibre à la pression intra-oculaire, sans que les liquides de l'intérieur de l'œil pénètrent dans l'appareil. L'équilibre étant obtenu, on ferme le robinet qui fait communiquer le manomètre et le réservoir. La canule oculaire est reliée au manomètre par l'intermédiaire d'un tube horizontal très étroit, rempli d'une colonne d'un liquide rouge foncé. La colonne rouge est interrompue par une petite bulle d'air, dont les mouvements indiquent les petites variations de pression dues aux pulsations cardiaques, aux mouvements respiratoires, etc. Le tube horizontal se trouve fixé au niveau d'une fente linéaire, pratiquée dans la paroi antérieure d'une chambre obscure, contenant un cylindre enregistreur, recouvert de papier sensible au bromure d'argent (D. Hutinet, Paris). Les excursions oscillatoires de la bulle d'air s'enregistrent par la photographie sur le papier sensible. Bellarminoff enregistre par le même procédé les mouvements de la plume du signal Marcel Deprez, ou ceux du levier d'un tambour de Marey. Il obtient des tracés sur lesquels on peut lire les variations de la pression intra-oculaire, celle des pressions respiratoire ou carotidienne, les moments précis de la section ou de l'excitation d'un nerf, le temps en secondes, etc.

Les expériences de Bellarminoff ont été faites sur dix-sept chats et ont fourni les résultats suivants :

1° Égalité de pression dans le corps vitré et dans la chambre antérieure ;

2° Parallélisme complet entre la courbe de pression intra-oculaire et celle de la pression artérielle générale, sauf dans le cas où il existe une action vasomotrice locale pour l'œil (action sur le sympathique ou le trijumeau) ;

3° Discordance plus ou moins marquée entre la course de pression intra-oculaire et celle de la pression artérielle, dans toutes les circonstances qui agissent à la fois sur le tonus général des vaisseaux et sur celui des vaisseaux de l'œil : excitation réflexe des centres vasomoteurs par irritation des nerfs périphériques, excitation de la moelle épinière, suspension incomplète de la respiration artificielle. Dans ces cas, la pression intra-oculaire passe par les mêmes phases que la pression artérielle, mais ces phases sont de bien plus longue durée et retardent considérablement sur celles des changements de pression artérielle ;

4° Discordance complète entre les pressions intra-oculaire et vasculaire, chaque fois que l'on agit localement sur les vaisseaux de l'œil : excitation du sympathique cervical et de son ganglion supérieur, du trijumeau, du ganglion de Gasser ; — application locale d'excitants (nico-

tine, ésérine, nitrate d'argent), d'eau chaude, compression de l'œil, des carotides, etc.

5° L'excitation du sympathique cervical provoque une augmentation passagère de la pression intra-oculaire, suivie bientôt d'une diminution de cette pression. La diminution est due évidemment au resserrement vasculaire de l'œil. Bellarminoff attribue l'augmentation initiale à une dilatation vasculaire qui précéderait la contraction;

6° L'excitation du ganglion de Gasser donne des effets variant avec la situation des électrodes excitatrices. L'excitation du centre du ganglion, celle de la première branche du trijumeau est presque immédiatement suivie d'une augmentation très notable de la pression intra-oculaire;

L'excitation du ganglion, pratiquée entre les points d'origine de la première et de la seconde branche provoque une diminution passagère de la pression, suivie bientôt d'une augmentation qui persiste tant que dure l'excitation. Immédiatement après cessation de l'excitation, diminution passagère, puis augmentation de la pression. D'autres expériences encore parlent en faveur de l'existence simultanée, dans le ganglion de Gasser, de nerfs vaso-dilatateurs et de nerfs vaso-constricteurs;

7° L'excitation intra-crânienne de l'oculo-moteur commun produit une augmentation de pression insignifiante et de courte durée, dépendant probablement d'une contraction du muscle de l'accomodation;

8° La dilatation de la pupille peut correspondre à une augmentation de la pression intra-oculaire (excitation du nerf sciatique, du plexus brachial, début de l'excitation du sympathique, etc.), ou à une diminution de cette pression (diminution secondaire de pression après excitation du grand sympathique). De même, le rétrécissement pupillaire peut accompagner aussi bien la diminution (ésérine) que l'augmentation de la pression intra-oculaire (lumière solaire). L'atropine n'a généralement pas d'action sur la pression intra-oculaire;

9° et 10° Les variations normales de la pression oculaire par le fait des mouvements respiratoires et des pulsations cardiaques ne dépassent pas respectivement 1-2 millimètre et 1/2-2 millimètre de mercure.

LÉON FREDERICQ.

Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne, par Yves DELAGE (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 26 *octobre* 1886). — **Sur une fonction nouvelle des otocystes chez les invertébrés, par LE MÊME** (*Ibid.*, 2 *novembre* 1886).

Les canaux demi-circulaires ne sont pas l'organe spécial de nos sensations de translation, car les attitudes anormales de la tête ne donnent lieu à aucune illusion dynamique sur leur direction. Mais ces canaux contribuent à nous renseigner sur l'orientation de la tête et du corps, car leur fonction essentielle est de nous donner la notion des mouvements de rotation accomplis par notre tête, soit seule, soit avec le corps, et de provoquer par voie réflexe les mouvements des yeux compensateurs de ceux de la tête, et les contractions musculaires correctrices nécessaires pour assurer notre équilibre. En effet, à l'inverse de ce qui a lieu pour les mouvements de translation, les attitudes anormales de la tête donnent lieu, pendant les mouvements de la rotation, à des illusions constantes sous

l'influence desquelles nous portons sur ces mouvements les mêmes jugements que si l'axe de rotation avait tourné autour du même axe que la tête, en sens inverse et d'un angle égal.

Les otocystes des mollusques, organes formés d'une vésicule membraneuse dont les parois sont riches en terminaisons nerveuses et dont la cavité est remplie d'un liquide tenant en suspension des particules solides, ces otocystes ont des fonctions analogues à celles des ampoules des canaux demi-circulaires. Un poulpe, qui nage encore régulièrement alors même qu'on l'a aveuglé, ne peut plus, quand on respecte les yeux mais qu'on détruit les otocystes, conserver son articulation normale : il tourne tantôt autour de son axe longitudinal, tantôt dans son plan de symétrie. Il y a donc lieu d'assimiler les otocystes des invertébrés et le labyrinthe des vertébrés. M. DUVAL.

Zur Physiologie der Schilddrüse (Sur la physiologie du corps thyroïde), par ROGOWITSCH (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, n° 30, 1886).

Chez le chien, l'extirpation simultanée des deux glandes thyroïdes est presque toujours suivie de mort dans un délai de 3-4 jours à 3-4 semaines. Les symptômes présentés par les animaux opérés sont caractéristiques et rappellent ceux de l'empoisonnement par le phosphore et l'arsenic.

L'animal se remet d'abord complètement des suites immédiates de l'opération ; il mange comme d'habitude et paraît complètement sain. Mais, au bout de 3-4 jours, on remarque de l'apathie, incertitude de la démarche, tremblement de tout le corps, véritables accès de convulsions tétaniques, surtout des extenseurs, trismus, strabisme, diminution de la sensibilité cutanée. Température normale ou subnormale, sauf, bien entendu, l'élévation passagère pendant les accès convulsifs. Puis surviennent des troubles des mouvements respiratoires. La mort peut survenir de bonne heure, pendant un accès tétanique : d'autres fois, l'animal survit plus longtemps et meurt au bout de 3-4 semaines, en présentant des symptômes de cachexie et de paralysie générale.

L'extirpation unilatérale du corps thyroïde est, au contraire, fort bien supportée. L'extirpation ultérieure de l'autre glande est généralement mortelle.

La mort est due à une *encéphalomyélite* parenchymateuse subaiguë reconnaissable à une hyperémie intense, à des amas de cellules rondes dans les espaces sous-adventices, à une infiltration abondante du tissu nerveux par des cellules rondes et des cellules granuleuses, au gonflement du cylindre d'axe et des prolongements des cellules nerveuses, à des altérations variées des cellules nerveuses (gonflement, disparition des contours, du noyau, etc.) pouvant amener leur destruction complète et leur remplacement par des cellules granuleuses, etc. Toutes ces altérations se marquent davantage au niveau de la substance grise.

L'hypophyse cérébrale est infiltrée, hyperémiée et hypertrophiée.

La transfusion du sang emprunté à un animal qui a subi, plusieurs jours auparavant, la thyroïdectomie, ne produit aucun symptôme. Mais si l'animal transfusé vient de subir également la thyroïdectomie, dans ce cas la transfusion du sang du chien malade produit chez le nouvel opéré des symptômes de malaise accompagnés de tremblement continuel.

Rogowitsch admet que la fonction de la glande thyroïde consiste à détruire ou à neutraliser certains produits de la dénutrition organique. Ces produits s'accumuleraient dans le sang après la suppression du corps thyroïde, et exerceraient une action toxique sur les éléments du système nerveux.

L'hypophyse jouerait un rôle analogue à celui du corps thyroïde.

L. FREDERICQ.

Étude expérimentale sur la phonation, par M. LERMOYEZ (*Thèse de Paris*, 1886.)

Excellent travail critique et expérimental. L'auteur élucide, avec expériences à l'appui, expériences faites sur le cadavre, les seules bonnes et démonstratives, divers points discutés de la physiologie de la voix et du chant et résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Le mécanisme de l'élévation et de l'abaissement de la voix réside presque uniquement dans la tension ou le relâchement des cordes vocales. La longueur des cordes n'entre jamais comme facteur dans ces modifications, puisque, au contraire, elle augmente quand le son s'élève.

2° Les variations de diamètre de l'ouverture glottique influent sur le timbre, mais non sur la hauteur de la voix.

3° La béance de la glotte interaryténoïdienne produit constamment l'aphonie. La fermeture de cet espace au moment de l'émission du son est assurée par la contraction du muscle ary-aryténoïdien : cependant il est probable qu'un léger degré d'écartement des aryténoïdes est compatible avec la production des sons graves du registre de poitrine.

4° La contraction simultanée des crico-aryténoïdiens latéraux et postérieurs assure la fixation solide des aryténoïdes sur le cricoïde, sans laquelle l'effet des muscles vocaux n'est point possible.

5° Le crico-thyroïdien est le seul muscle tenseur des cordes vocales.

6° Le thyro-aryténoïdien interne a deux effets quand il se contracte : *a*) en rapprochant leurs extrémités, il relâche les cordes vocales ligamenteuses ; *b*) en se gonflant, il exerce sur celles-ci une pression latérale de dehors en dedans qui assure le maintien de la voix de poitrine.

7° Il y a, dans le larynx accommodé à la phonation, antagonisme et lutte vocale perpétuelle entre les tenseurs et relâcheurs des cordes vocales.

8° L'intonation normale résulte de l'équilibre qui s'établit entre les deux forces opposées.

9° Les cordes vocales subissent de la part de l'air expiré une tension passive, qui joue un grand rôle dans la production des sons élevés.

10° La compensation vocale est due à ce que la tension active des cordes diminue quand la tension passive augmente et inversement, de façon que la somme de ces deux tensions reste constante. Le crico-thyroïdien est le muscle de la compensation vocale.

11° Le son vocal est dû aux vibrations primitivement sonores des cordes et non aux vibrations de l'air.

12° Le muscle thyro-aryténoïdien ne vibre jamais.

13° Dans la voix de poitrine, les couches fibreuse et muqueuse vibrent ensemble ; le muscle thyro-aryténoïdien reste contracté ; la fente glottique est presque nulle ; il y a forte pression, mais faible dépense d'air. Dans la voix de fausset, la muqueuse vibre seule ; le muscle thyro-aryté-

noïdien est relâché, la glotte demeure elliptique et béante ; la dépense d'air expiré est forte, mais sa pression est très faible. Le muscle thyro-aryténoïdien interne est le muscle de la voix de poitrine.

14° L'écart qui existe entre les diapasons de ces deux registres est en moyenne d'une quarte.

15° Les différences de hauteur de ces deux registres sont dues aux différences de nature, et non point aux différences de longueur des anches vocales.

Recherches sur les propriétés physiologiques du maltose, par Em. BOURQUELOT (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mars* 1886).

Le maltose est dédoublé dans l'intestin. Le dédoublement est opéré par un ferment soluble et non par les micro-organismes, puisqu'il est plus rapide lorsque l'animal est en digestion que lorsqu'il est à jeun, et puisque, d'autre part, les micro-organismes de l'intestin, ensemencés dans une solution nutritive renfermant du maltose, ne dédoublent pas celui-ci. Ce ferment soluble n'est pas l'invertine. Il est présent parmi les ferments que sécrètent l'aspergillus niger et le penicillium glaucum en pleine végétation, mais il n'a pu être séparé par les procédés ordinaires de préparation des ferments solubles. Ce ferment est partiellement, et quelquefois même totalement arrêté par les filtres en terre poreuse, comme la diastase, et quelques autres faits peuvent amener à penser que ce ferment, dédoublant le maltose, est la diastase elle-même. Mais si de Mering a constaté le dédoublement du maltose par la diastase pure, dédoublement d'ailleurs très faible, l'auteur a toujours eu de ce côté des résultats négatifs ou à peu près négatifs. D'autre part, le maltose injecté dans le sang est consommé comme le glucose ; et, s'il a été injecté en excès, le sucre qu'on retrouve dans l'urine est du maltose, sans trace sensible de glucose, en sorte qu'on ne peut pas dire que la première phase de la destruction de ce sucre soit son dédoublement en glucose. Il en est de même dans la fermentation alcoolique et dans la fermentation lactique du maltose ; ce sucre est détruit, sans qu'on puisse saisir une phase de dédoublement.

Chose particulière à signaler, la levure de bière, en activité dans une solution de glucose ou de sucre de canne, ne produit pas de ferment capable de dédoubler le maltose ; mais lorsqu'elle se trouve dans une solution de ce dernier sucre, elle sécrète un ferment qui le dédouble ; ce fait est à rapprocher de ce qu'on connaît des sécrétions digestives des animaux, à savoir que ces sucs ne sont actifs que lorsque l'ingestion des aliments a commencé (peptogènes, etc.). M. DUVAL.

Action des interosseux de la main, par TUFFIER (*Soc. anat.*, 28 *mai* 1886).

Tuffier démontre par quel mécanisme les interosseux sont mis dans l'impossibilité d'agir sur la phalangette, lorsque les deux premières phalanges sont en flexion forcée. On sait, en effet, que les interosseux sont fléchisseurs de la première phalange et extenseurs des deux autres. Mais le tendon de l'extenseur auquel se rend le tendon de ces muscles présente une double insertion : 1° sur la capsule de l'articulation phalango-phalanginienne ; 2° sur l'extrémité supérieure de la phalangette. Dans la flexion forcée, la première portion de ce tendon se trouve fortement

tendue, et cette portion joue le rôle d'un tendon d'arrêt qui empêche l'action des muscles interosseux sur la deuxième portion du tendon. Sur un doigt maintenu fléchi, si l'on vient à couper l'insertion tendineuse qui se fait sur la capsule, on voit aussitôt la phalangette se placer en extension, tandis qu'elle était dans une position intermédiaire avant cette section.

A. C.

CHIMIE MÉDICALE.

Zur chemischen Kenntniss des Embryo (Étude chimique de l'embryon), par KRASKE (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. X, p.* 336, 1886).

Comme la lymphe imprègne tous les tissus de l'embryon, il est nécessaire avant tout d'en connaître la composition.

L'auteur prit pour guide les travaux de Kossel. On broie grossièrement les muscles d'un embryon de bœuf, on passe dans une serviette. Il passe goutte à goutte un liquide un peu trouble dont en quelques heures on parvient à avoir une petite quantité mêlée avec un peu de sang dont on sépare les globules par filtration.

Ce liquide ressemble à de la lymphe des animaux adultes, mais en diffère parce qu'il n'est pas spontanément coagulable.

L'auteur put obtenir 20 à 60 centimètres cubes de lymphe de divers individus, la densité était de 0,1021 à 0,1024.

En étendant la lymphe avec une grande quantité d'eau il naît un léger précipité, comme par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique.

L'extrait aqueux ne donne pas la réaction des peptones.

Le liquide commence à donner quelques flocons à 54° et se trouble à 64°.

L'addition de sel marin dans la lymphe donne un précipité floconneux, soluble dans une solution de chlorure d'ammonium à 10 0/0.

De là on peut conclure qu'il y a dans ce liquide une petite quantité de globuline, et la coagulation à 60° montre la présence d'albumine de sérum.

On chauffe une grande quantité de lymphe et on précipite par l'acétate de plomb basique. On filtre et on précipite par H^2S, on filtre, on ajoute du nitrate de mercure en saturant successivement avec du carbonate de soude. On filtre, on lave, on décompose le liquide par H^2S. On filtre, on chasse l'hydrogène sulfuré par la chaleur, on sature par le carbonate de chaux et on évapore. Le résidu est épuisé par l'alcool et la partie insoluble est mise à bouillir avec de l'eau. L'extrait aqueux est évaporé. Une goutte calcinée sur la lame de platine donne l'odeur d'une substance azotée et laisse peu de cendres. Le résidu est dissous dans l'ammoniaque et précipité par le nitrate d'argent, on obtient un précipité gélatineux que l'on chauffe avec de l'acide nitrique d'un poids spécifique de 1,1. Il cristallise après un repos prolongé. Il donne les réactions de l'adénine et de l'hypoxanthine. La présence de la guanine, à cause de sa solubilité dans l'ammoniaque aqueuse, était invraisemblable, celle de

la xanthine impossible, par suite de l'action du nitrate d'argent en présence d'acide nitrique.

Le liquide obtenu par l'épuisement par l'alcool fut évaporé et précipité par une solution d'acétate de mercure, filtré, et le résidu mis en suspension dans l'eau, décomposé par l'hydrogène sulfuré et le liquide filtré fut évaporé. Il reste une masse qui ne contient pas d'urée. Avec une solution ammoniacale de nitrate d'argent elle donne une réaction qui indique l'adénine ou l'hypoxanthine.

Sur la composition chimique du cerveau de l'embryon. — Bibra et Schlossberger ont déjà fait ces analyses. Analyse qualitative. Un cerveau d'embryon de bœuf de 50 centimètres cubes est broyé à froid avec de l'alcool et de l'éther, puis épuisé par l'alcool absolu bouillant pour enlever la cérébrine, et on filtre chaud. La cérébrine se dépose par refroidissement et le liquide reste clair. On répéta trois fois le même traitement. La dernière fois on évapore l'alcool au quart et il se dépose encore une petite quantité de poudre blanche. Celle-ci est reprise par l'alcool absolu bouillant, on évapore et le résidu est repris par l'acide sulfurique, versé dans l'eau bouillante et chauffé quelque temps. En traitant par le sulfate de cuivre et la potasse il ne se fait aucune réduction. La cérébrine la produit toujours. Il y a donc absence de cérébrine.

E. HARDY.

The proteids of serum (Les substances protéiques du sérum), par W.-D. HALLIBURTON (*The Journal of Physiology, vol. X, n° 3*).

On considère généralement le sérum comme tenant en dissolution deux substances protéiques : la paraglobuline ou globuline du sérum, et l'albumine proprement dite.

Halliburton confirme nos connaissances au sujet de la première. Quant à l'albumine du sérum, il faut réformer complètement nos idées à son égard.

Halliburton, en utilisant la méthode des coagulations successives et en maintenant ses liqueurs à un léger degré d'acidité, a démontré que l'albumine du sérum est, chez la plupart des animaux, un mélange complexe de trois albumines différentes. Ces albumines (α, β, γ) se coagulent à 71, 77 et 84°. Il n'en existe que deux chez les ongulés (celles qui se coagulent à 77 et à 84°).

Halliburton insiste sur la nécessité de saturer complètement le sérum de $MgSO_4$, si l'on veut précipiter en entier la paraglobuline. A cet effet, il conseille d'agiter le sérum avec un excès de $MgSO_4$ pendant au moins trois heures.

En employant cette méthode de saturation complète et en l'appliquant à deux sels à la fois, il a pu précipiter toutes les albumines du sérum. C'est le cas notamment pour la double saturation avec Na_2SO_4 et $MgSO_4$.

La quantité de chaque albumine précipitée dépendant de la durée de l'agitation, il a pu isoler complètement, et non coaguler, au moins deux des albumines précitées. D'après lui, la précipitation serait due à la formation d'un sel double. Certains sels, tels que l'acétate et le phosphate de potassium, employés *seuls*, précipitent tous les protéides du sérum. D'autres, tels que $CaCl_2$, coagulent l'albumine plutôt que de la précipiter. D'autres encore, comme Na_3PO_4, KCl, etc., sont sans action, tant seuls que combinés avec $MgSO_4$.

L. F.

On the blood proteid of certain lower vertebrata (Sur les protéides du sang de quelques vertébrés inférieurs), par HALLIBURTON (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 319).

L'auteur continue ses intéressantes recherches sur les éléments constituants du sang. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° les matières protéïques du sang des oiseaux, ressemblent exactement à celles des mammifères : 2° les protéides du sérum sanguin diffèrent chez les animaux à sang chaud et à sang froid, par les caractères suivants : d'abord la proportion centésimale de ces substances est moindre chez les animaux à sang froid. C'est, en second lieu, l'albumine du sérum qui est diminuée, non seulement d'une manière absolue, mais relativement à la globuline présente dans le sérum. L'albumine du sérum, enfin, paraît être une substance protéique simple chez les animaux à sang froid et elle ne paraît pas pouvoir être fractionnée en trois substances différentes par leur température de coagulation, au contraire de ce qui a lieu chez les oiseaux et chez les mamnifères. Le dernier résultat de cette étude, c'est que, chez tous les vertébrés qui ont été examinés, la température de coagulation du fibrinogène et de la globuline de sérum est sensiblement la même.

DASTRE.

I. — Zur Frage : ist im parotidenspeichel ein Ferment vorgebildet vorhanden oder nicht ? (Sur la question : existe-t-il un ferment dans la glande parotide ou non ?)

II. — Zur Frage : ist das Speichelferment ein vitalis oder chemisches Ferment ? (Sur la question : le ferment de la salive est-il un ferment vital ou chimique ?)

III. — Zur Frage : enthält die Luft auf stärke verzuckernd wirkende Ferment ? (Sur la question : existe-il dans l'air un ferment vivant, capable de saccharifier l'amidon ?) par Harald GOLDSCHMIDT (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 273-294-299).

Leuchs, en 1831, a constaté le pouvoir diastasique de la salive, et la puissance saccharifiante des produits de sécrétion des différentes glandes qui la constituent. Il a reconnu qu'il existe dans la salive un corps capable de transformer l'amidon ou l'empois en sucre. Il considéra ce corps comme un ferment. Ce ferment n'est pas organisé, et ne jouit pas des propriétés vitales des ferments que Pasteur nous a appris à connaître. L'étude de ces ferments non figurés les fait regarder comme un groupe de corps particuliers. Mais les nouvelles découvertes faites dans ces deruiers temps en bactériologie et surtout les recherches si intéressantes de Flemming, de Gaule, etc., sur les propriétés des cellules et de leurs noyaux, portent à penser qu'il y a dans la salive un ferment vivant qui serait produit par les glandes salivaires.

Les premières recherches de l'auteur ont dû être avant tout de déterminer s'il y avait réellement un ferment préexistant dans la salive. Ses recherches ont eu lieu sur la salive de la glande parotide d'un cheval. Il partit de cette idée que l'on pourrait seulement admettre qu'il existe un ferment préexistant dans la salive, c'est-à-dire produit par les glandes, si on le trouvait dans la salive obtenue à l'aide de moyens antiseptiques et préservée du contact de l'air. Il décrit les moyens qu'il a

employés pour n'avoir que des appareils stérilisés : il lavait la plaie en plaçant la canule avec une solution de sublimé, etc, etc., et il appelle la salive ainsi obtenue, salive antiseptique. Il la fit réagir sur de l'amidon également stérilisé. Les expériences étaient faites dans une étuve à une température appropriée.

Il reste à déterminer si dans les deux salives il y a des ferments du sucre et de l'acide lactique, si une petite quantité de salive peut saccharifier une grande quantité d'amidon ; si donc le ferment de la salive a le pouvoir de s'accumuler, ou si le pouvoir digestif augmente avec la quantité de salive.

A.— *Expériences.*— Après l'opération le cheval, qui était à jeun depuis la veille, fut nourri avec du foin, et, au bout d'un quart d'heure, on obtint un litre de salive complètement claire. Cette salive se distingue de la salive ordinaire en ce qu'elle ne se trouble pas même après 8 jours, et ne prend un aspect laiteux qu'après 11 jours. Celle-ci, au contraire, se trouble immédiatement. La salive antiseptique chauffée forme un trouble et dégage de l'acide carbonique.

Il résulte de ces expériences :

1° Que la salive totale en contact avec l'air saccharifie l'amidon et produit en même temps de l'acide lactique ;

2° Que la quantité de sucre et d'acide augmente avec la durée de la digestion ;

3° Que dans les mêmes conditions la salive antiseptique n'a ni pouvoir diastasique, ni celui de produire de l'acide lactique.

Après 6 jours la réaction de la salive antiseptique était encore alcaline. Après 14 jours la salive antiseptique ne permettait encore de constater ni sucre ni acide lactique.

B.— Cinq expériences comparatives furent faites pour déterminer si la quantité de sucre formé pendant un temps constant varie avec la quantité de salive employée.

Il ne se forma pas de sucre avec la salive antiseptique. Avec la salive totale la quantité de sucre augmenta, mais non proportionnellement avec la quantité de salive ; résultat déjà constaté par Ellenberger et Hofmeister.

C. — On précipita les salives antiseptique et ordinaire avec de l'alcool, on recueillit les précipités sur des filtres et ces précipités desséchés furent mis en digestion avec de l'amidon. Le résultat fut positif. Les deux précipités avaient un pouvoir diastasique.

D. — Dans l'action de la salive ordinaire sur l'amidon l'auteur a reconnu la formation du sucre après une durée de 4 heures.

Il résulte de ces recherches.

1° Que la salive antiseptique de la parotide du cheval n'est pas capable de transformer l'empois en sucre ;

2° Que la salive inactive par l'introduction de l'air peut devenir active en proportion encore inconnue ;

3° Que la salive inactive contient un ferment diastasique que l'alcool précipite à l'état actif.

L'auteur répéta trois fois ces expériences. Il obtint toujours des résultats identiques, et de leur ensemble il tira les conclusions suivantes :

a) La salive de la glande parotide du cheval n'est pas toujours égale-

ment active : la prédisposition individuelle, le durée du mélange., etc, la modifient.

b) La quantité d'acide carbonique qui y est fixée varie suivant les individus.

c) La salive antiseptique est inactive.

d) L'air stérilisé aussi bien que l'oxygène pur ou une solution de NaCl à 0,6 0/0 ne peuvent transformer la salive antiseptique en salive active.

e) Un courant d'acide carbonique ne tue pas le ferment.

f) La salive parotidienne n'est pas toujours active, même quand elle est recueillie sans les procédés antiseptiques.

Toutefois, d'autres expériences, plusieurs fois répétées, montrent qu'une salive très active soumise à un courant d'acide carbonique devient incapable de digérer l'amidon après sept heures.

E. — D'une cinquième expérience l'auteur tira les conclusions suivantes :

a) La salive antiseptique est inactive, même quand la salive s'écoule trouble de la fistule.

b) Après vingt heures d'accès d'air impur la salive antiseptique devient active.

c) La salive ordinaire peut à l'état pur être inactive et plus tard, sans avoir une décomposition appréciable, devenir active.

d) L'acide carbonique libre ne tue pas le ferment actif, mais l'action diastasique du ferment est diminuée.

e) Les liquides putréfiés n'ont pas une action diastasique aussi puissante que celle de la salive immédiatement active.

f) La salive antiseptique ne devient pas active, même quand on la laisse pendant longtemps avec de l'amidon dans une étuve.

g) La présence du chlorure de sodium ne rend pas active la salive antiseptique.

h) La salive antiseptique de la parotide du cheval ne contient pas de ferment acide actif.

Conclusions. — Les résultats des expériences qui précèdent ne prouvant pas que la salive parotidienne du cheval ne contienne pas de ferment et que l'action diastasique soit due aux micro-organismes de l'air.

Il est possible aussi que lors de son introduction dans la bouche la salive prenne son action saccharifiante par l'introduction de micro-organisme.

On peut regarder comme démontré :

1° Que dans la salive parotide du cheval il existe un ferment, mais pas toujours ;

2° Que ce ferment devient diastasique par l'action de l'air, par suite d'une action encore inconnue ;

3° Que cette action de l'air amène une transformation dans la composition de la salive ;

4° Que cette transformation, qu'elle soit chimique ou non, ne dépend pas de l'action de l'oxygène de l'air.

L'auteur a reconnu dans l'air une moisissure (*Schimmelpilz*) capable de produire une action diastasique, au moins pendant la première période de son développement.

L'auteur reconnaît que les expériences qui viennent d'être analysées

manquent d'ailleurs de précision et demandent à être répétées. Le temps lui a fait défaut. E. HARDY.

Ueber den Einfluss der Kohlenhydrate und einiger anderer Körper der Fettsäurereihe auf die Eiweissfäulniss (De l'influence des hydrates de carbone et d'autres corps de la série grasse sur la fermentation putride de l'albumine), par August HIRSCHLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X*, 306).

250 grammes de viande finement coupée et la moitié d'un pancréas de bœuf, additionnée de 400 grammes d'eau, furent mélangés et agités ensemble pendant une heure, puis filtrés et pressés à travers un linge. On ajouta le mélange suivant :

100 grammes extrait de viande.
100 — extrait de pancréas.
200 — eau préalablement bouillie.
10 — carbonate de chaux.

Et on divisa en deux parts.

Dans la première, on ajouta les substances dont on voulait connaître l'action sur la fermentation putride. L'addition du carbonate de chaux avait pour but de saturer les acides qui pouvaient empêcher la fermentation. Les deux essais furent chauffés au bain-marie à 300 pendant 3 à 6 jours en agitant fréquemment. Alors le tiers de chaque liquide fut distillé et soumis au traitement suivant :

Le liquide fut rendu alcalin avec de la soude et distillé. On reconnaît dans le liquide qui passa l'indol par l'acide nitrique nitreux, le scatol par l'acide chlorhydrique fumant. Ce liquide resté dans la corne fut acidulé par l'acide sulfurique et distillé; le phénol et le crésol furent reconnus par l'eau de brome et le réactif de Millon.

Le résidu de la première distillation fut filtré, concentré, acidulé par l'acide sulfurique et agité avec l'éther. L'éther fut distillé, le résidu repris par l'eau, et on décela par le réactif de Millon la présence des acides oxyaromatiques, hydro-para-coumarique et para-oxyphénylacétique.

Sucre. 0.6 gramme de sucre.

	1re EXPÉRIENCE, 3 JOURS.		2e EXPÉRIENCE, 6 JOURS.	
	MÉLANGE AVEC SUCRE.	MÉLANGE SANS SUCRE.	MÉLANGE AVEC SUCRE.	MÉLANGE SANS SUCRE.
Indol	Rien.	Riche.	Rien.	Riche.
Scatol	Rien.	Peu.	Rien.	Riche.
Phénol crésol............	Rien.	Peu.	Rien.	Riche.
Oxyacides................	Rien.	Peu.	Rien.	Riche.

Le sucre empêche donc complètement la formation des produits aromatiques dans la fermentation des matières albuminoïdes.

La glycérine, la dextrine agirent comme le sucre. La graisse n'empêcha pas la formation des produits aromatiques aussi facilement que le

malate, tartrate, citrate de chaux, tartrate double de potasse et de soude. Le lactate de chaux donna des résultats variables.

Ces observations conduisirent l'auteur à faire les mêmes recherches chez l'animal vivant.

Sucre. Deux chiens de moyenne graisseur furent nourris pendant une semaine avec 250 grammes de viande. Un des chiens reçut chaque jour 50 grammes de sucre dans sa nourriture. Après 14 jours d'expériences, 7 jours depuis le mélange des aliments, les animaux furent tués et on rechercha les produits aromatiques dans les diverses parties de l'intestin. — On trouva :

1° Dans les fèces des animaux qui recevaient du sucre et de la viande, l'indol et le phénol étaient constants comme chez celui qui n'avait pris que de la viande.

2° Le scatol ne fut pas trouvé dans les fèces des deux animaux.

3° Dans l'intestin grêle, les produits aromatiques manquaient chez les deux animaux.

4° Dans le gros intestin, il y avait chez le chien qui recevait du sucre beaucoup moins d'indol et de phénol que chez celui qui ne mangeait que de la viande.

Amidon. Deux autres chiens furent mis en expérience : l'un reçut avec la viande 250 grammes de pomme de terre. On trouva, à l'autopsie, dans le gros intestin que l'indol et surtout le phénol étaient en bien moins grande quantité que chez celui qui se nourrissait seulement de viande ; le scatol et les acides aromatiques manquaient chez les deux.

Glycérine. On obtint les mêmes résultats ; très peu d'indol et pas de phénol chez l'animal qui en prenait 10 grammes par jour. E. H.

Ueber die Grösse des Eiweissumsatzes bei dem Menschen (Sur la valeur de la destruction organique de l'albumine chez l'homme), par L. BLEIBTREW et K. BOHLAND (*Archiv f. d. ges. Physiologie, Band XXXVIII, p.* 1-35).

L. Bleibtrew et K. Bohland continuent les recherches entreprises par K. Bohland et E. Pflüger, en les étendant à un plus grand nombre de personnes. Ils trouvent également que la moyenne de l'excrétion de l'azote par les urines est notablement plus faible chez l'homme qu'on ne l'admet généralement : l'azote excrété par 24 heures correspond à la destruction de 88gr,64 d'albumine chez l'homme qui ne travaille pas et à 106gr,95 d'albumine chez l'homme qui travaille. L'influence du travail est problablement indirecte : l'homme qui travaille mange davantage. L'excrétion de l'azote dépend avant tout de l'alimentation.

L. F.

Bestimmung der Darmfaülniss die Aetherschwefelsauren im Harn (Détermination des acides sulfoviniques dans les fermentations putrides de l'intestin), par V. MORAX (*Zeitschrift für physiologische Chemie, X, p.* 318, 1886).

Une partie des substances albuminoïdes employées comme nourriture se décomposent dans l'intestin à l'état normal par les bactéries de la fermentation putride et produisent des combinaisons aromatiques aujourd'hui bien étudiées. Les produits de la putréfaction : phénol, indol, scatol, crésol, sont résorbés, et comme Baumann l'a constaté, ils se combinent dans l'organisme à l'acide sulfurique pour former des acides sulfo-

viniques dont les sels sont éliminés par l'urine. Différentes méthodes ont été proposées pour reconnaître les produits de décomposition de l'albumine et la formation d'acides sulfoviniques. Jaffé, Senator, Salkowski ont montré la formation d'une substance productrice d'indigo dans diverses circonstances normales et anormales. Müller, par des méthodes calorimétriques, a confirmé les résultats que Baumann avait obtenus par d'autres procédés. Brieger a étudié l'élimination du phénol (crésol) dans différents cas pathologiques, et il a reconnu que l'augmentation du phénol n'était pas toujours proportionnelle avec celle de l'acide sulfovinique dans l'urine. Ce résultat prouve que les produits de la putréfaction ne sont point constants, mais dépendent de la durée et de certaines influences encore inconnues, qui font varier les quantités d'indol et de phénol.

L'auteur s'est proposé de suivre ces recherches et de déterminer l'action de certains médicaments sur les fermentations intestinales. Il a dû naturellement éviter l'emploi de substances qui étaient capables de se transformer elles-mêmes en donnant des acides sulfoviniques.

L'acide sulfurique fut déterminé par la méthode de Baumann de la manière suivante : l'urine acidulée par de l'acide acétique est portée à l'ébullition et filtrée plusieurs fois pour éliminer les matières albuminoïdes. On en prend 50 centigrammes et on l'étend de son volume d'eau, on précipite par le chlorure de baryum, on chauffe et on filtre chaud. Le résidu est lavé avec de l'acide chlorhydrique étendu, évaporé à sec dans une capsule de platine, calciné et pesé. Le liquide lui-même est également acidulé par l'acide chlorhydrique porté quelque temps à l'ébullition et soumis au même traitement. Le premier précipité donne l'acide sulfurique, le second l'acide sulfovinique.

Chez le chien à l'état normal : l'iodoforme agit comme antiseptique ; le sous-nitrate de bismuth n'a aucune action antiseptique.

L'auteur fit encore chez le chien des expériences avec le calomel ; il exécuta les mêmes recherches chez l'homme après avoir fait prendre de l'huile de ricin et du calomel.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'iodoforme arrête les fermentations putrides dans l'intestin, le sous-nitrate de bismuth est sans action. Les purgatifs ont une action incertaine et demandent de nouvelles recherches. Les petites doses de calomel paraissent sans action.

E. H.

Die Magenverdauung des Pferdes (Sur la digestion stomacale du cheval), par Harald GOLDSCHMIDT (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. X, p.* 361, 1886).

Les expériences furent faites par la méthode employée, il y a quelques années, par Ellenberger et Hofmeister, assez semblable à celle dont Schmidt-Mulheim s'était servi pour étudier la résorption dans le canal intestinal des chevaux. Les animaux étaient maintenus pendant un temps assez long à une certaine nouriture (foin, avoine, son, pain), puis, mis à la diète pendant 24 à 36 heures. On leur donnait alors une nourriture dont le poids et la composition chimique étaient connus. Après un certain temps (une, deux heures) on tuait les animaux et on leur enlevait rapidement les organes de la digestion pour les soumettre à l'analyse

et déterminer les modifications qu'avaient éprouvées les aliments ingérés.

Dix-huit expériences ont conduit l'auteur aux résultats suivants :

1° Le contenu de l'estomac du cheval est relativement sec, très exceptionnellement on y trouve un peu d'eau et plus rarement encore beaucoup d'eau.

La cause de ces différences est inconnue. Cependant il a paru y avoir plus d'eau dans l'estomac après un jeûne un peu plus prolongé ;

2° La digestion stomacale se divise en diverses périodes, comme Ellenberger et Hofmeister l'avaient déjà constaté. Ces auteurs ont divisé la digestion stomacale en deux périodes : la première, qu'ils nomment amylolitique, est destinée à la transformation des aliments en sucre ou en acide lactique ; la seconde, qu'ils appellent protéolytique, à la peptonisation de l'albumine.

Les recherches de Goldschmidt lui ont fait reconnaître :

a) Qu'il existe une première période dans laquelle tout l'amidon est digéré, c'est-à-dire transformé en sucre ou en acide lactique. Elle dure de une heure à deux heures.

b) Qu'il y a un stade amylo-protéolytique dans lequel il y a encore de l'amylolyse, mais surtout de la protéolyse particulièrement dans la grosse tubérosité, puisque c'est là la source de l'acide chlorhydrique. Cette période dure environ sept heures.

c) Que cette période est une digestion locale ; que l'amidon se digère dans le sac œsophagien aux environs de la petite courbure, dans l'antre du pylore, pendant que dans le milieu de l'estomac il se fait de la protéolyse.

Cette période dure généralement jusqu'au repas suivant.

d) Qu'il peut exister une période dans laquelle l'albumine seule est digérée, et pas l'amidon.

Résumé : 1re *période*. — Pas de protéolyse, peu d'acide lactique.

2e *période*. — Protéolyse, amylolyse, beaucoup d'acide lactique, un peu d'acide chlorhydrique.

3e *période*. — Pas d'amylolyse dans le milieu de l'estomac, acide chlorhydrique ; ailleurs, acide lactique.

4e *période*. — Nulle part d'amylolyse, partout acide chlorhydrique.

L'auteur résume ensuite une nouvelle série d'expériences :

1° L'estomac n'est pas capable de choisir et ne retient pas les substances d'une digestion difficile plus longtemps que les autres ;

2° Dans l'état normal, c'est-à-dire quand l'animal ne jeûne pas, son estomac n'est jamais vide, mais contient toujours un peu des aliments du repas précédent.

Finalement l'auteur suit les aliments dans leur parcours, et il donne ensuite les transformations qu'éprouve le foin depuis l'œsophage jusqu'à la sortie du pylore. E. H.

Ueber das Verhalten der amyloïden Substanz bei der Pepsinverdauung (Digestion de la substance amyloïde), par **KOSTJURIN** (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 181, 1886).

On admet généralement que la substance amyloïde échappe à l'action de la pepsine. C'est qu'on se contente, pour obtenir la substance

amyloïde, de diviser les organes dégénérés dont on veut l'extraire en petits fragments ou en rondelles. Que si au contraire on prend un organe dégénéré, le foie par exemple, pour le réduire en poudre fine, cette poudre, avec la substance amyloïde qu'elle renferme, subit parfaitement l'influence de la solution acide de pepsine.

De même un fragment de rate amyloïde, lavé, puis trituré par la machine à hacher la viande, lavé encore, traité par l'alcool mêlé d'acide chlorhydrique et enfin par l'éther, ne résiste pas à une solution de pepsine bien préparée (un fragment de muqueuse gastrique avec 35 0/0 d'acide chlorhydrique). Au bout de 48 heures la digestion est faite. Le mélange ne fournit plus la réaction de l'amyloïde.

Pour obtenir de nouveau la réaction, il faut neutraliser la solution ; le précipité qui se forme alors est colorable en rouge par le violet de gentiane.

Le résultat de Kostjurin est confirmé par une note de E. Ludwig.

L. GALLIARD.

Ueber die ammoniakalische Harngährung (Fermentation ammoniacale des urines), par W. LEUBE (*Arch. f. path. An. u. Phys., C, Heft* 3, *p.* 540).

En examinant l'urine d'un homme sain aussitôt après l'émission, on n'y rencontre aucun microbe, ni aucun ferment pouvant lui faire subir la décomposition ammoniacale. Cependant si l'on essaye de conserver de l'urine dans des tubes stérilisés, placés dans des conditions diverses, on voit, au bout d'un temps variable, que l'urine d'un certain nombre de tubes peut s'altérer. Leube pense que cette altération est due à la pénétration de microbes dans l'urine pendant les manipulations. Pour les urines pathologiques, il pense que les microbes ont dû pénétrer dans la vessie soit par l'urètre, soit peut-être par le sang, le rein et l'uretère. Leube a essayé de faire des solutions artificielles d'urée et d'étudier la fermentation de ce corps. Ces expériences sont très délicates, car si l'on veut chauffer la solution pour la stériliser, on décompose une partie de l'urée et l'on produit précisément du carbonate d'ammoniaque. Les organismes inférieurs qui la décomposent le plus facilement sont la sarcine pulmonaire et des champignons provenant de l'air du laboratoire. Leube aborde ensuite, avec la collaboration de son assistant E. Graser, l'étude des microbes qui décomposent l'urée dans l'urine. Ayant constaté qu'un grand nombre de microbes peuvent amener cette décomposition, ils s'occupent exclusivement de ceux qui développent du carbonate d'ammoniaque. Ces microbes sont de 4 variétés.

1° *Bacterium ureæ*. Le bâtonnet dénommé ainsi par Leube et Graser serait le plus puissant des ferments de l'urée. Il est petit, à extrémités arrondies, se colorant facilement et uniformément par les couleurs d'aniline. Sa longueur est, en moyenne, de 2 μ ; son épaisseur de 1 μ. On peut observer des bâtonnets plus longs en voie de segmentation, ou même des filaments indivis pouvant atteindre 5 et 6 μ, lesquels se colorent moins facilement. Les cultures pures sont difficiles à obtenir, parce que ce bâtonnet se développe très lentement. Ce n'est que le second jour après l'inoculation d'un tube qu'on voit apparaître une petite tache transparente, qui s'étale par la suite en surface sans liquéfier la gélatine. Les cultures anciennes développent une odeur caractéristique. Les auteurs

ont fait également avec succès des cultures sur de l'urine gélatinisée.

2° *Micrococcus ureæ.* Le microcoque qu'ils décrivent est, pensent-ils, celui que Pasteur et van Tieghem ont déjà signalé sous le nom de « globules en chapelets ». Il se rencontre dans les deux tiers des urines en fermentation. Ce microcoque a environ 0μ,8 de diamètre, il a souvent la forme de diplocoque ou de chaînette; parfois deux diplocoques sont unis en forme de sarcine. Ils sont très remuants, mais se déplacent peu. Les cultures se font très rapidement et donnent des taches blanches nacrées. Au bout de quelques jours, la croissance s'arrête presque complètement. La culture fait une légère saillie au-dessus du niveau de la gélatine qui ne se liquéfie pas. Les cultures anciennes ont également une odeur particulière, différente de celle du bacterium ureæ. Le microcoque, comme d'ailleurs le bacterium, décompose les solutions d'urée.

3° La troisième variété est constituée par un nouveau bâtonnet ovale de 1μ,5 de long sur 0μ,8 de large. Les colonies se développent vite et ont un rebord saillant; elles ont une teinte grise mate et ne liquéfient pas la gélatine.

4° Il s'agit encore de bâtonnets rectangulaires de 1μ,3 de long sur 0μ,6 de large. Ils peuvent se développer en forme de filaments. Les cultures sont brillantes, d'une couleur jaune-gris pâle.

Après cet exposé des études qu'il a entreprises avec l'aide de Graser, Leube pose la question de l'existence d'un ferment soluble de l'urée. Il n'admet pas l'existence de ce ferment soluble, parce que dans tous les cas de fermentations ammoniacales, il a trouvé des micro-organismes et que jamais il n'a pu séparer un ferment soluble du ferment figuré.

P. GALLOIS.

D'un nouveau mode d'emploi du réactif iodo-ioduré dans la recherche des alcaloïdes et en particulier des leucomaïnes de l'urine, par CHIBRERT et IZARN (*Comptes rendus de l'Ac. des Sciences*, 24 *mai* 1886).

Au cours de recherches faites pour déceler, avec le réactif iodo-ioduré, dans une urine humaine, la présence fortuite d'alcaloïdes, les auteurs ont constaté que la réaction classique des alcaloïdes consiste en une fluorescence verte, et qu'elle acquiert une visibilité exceptionnelle si on l'obtient dans des conditions qui favorisent l'observation de ce phénomène optique, à savoir: éclairage intense (soleil ou lampe avec condenseur de lanterne magique) et projection du tube à essai sur un fond noir. En second lieu la température joue un rôle considérable: une urine qui n'a rien donné au moment de son émission à 35° a fourni une réaction appréciable, à 15° et très marquée à 0. Troisièmement la concentration du réactif n'a pas une influence moins grande et les auteurs se sont arrêtés à la formule suivante: 8 iode, 8 iodure de potasse, 10 eau.

Ils ont constaté que l'urine émise huit heures après le réveil renferme environ cinq fois plus d'alcaloïdes que celle des autres heures de la journée, ce qui concorde avec l'observation de Bouchard de la toxicité maximum de cette urine.

E. H.

Ueber die Ausscheidung der Oxalsäure durch den Harn (Elimination de l'acide oxalique par l'urine), par Wesley MILLS (*Arch. f. path. An. u. Phys.* **XCIX**, *H.* 2, *p.* 305).

L'auteur compare les méthodes de Schultzen et de Neubauer pour le dosage de l'acide oxalique dans les urines. D'après lui, la méthode de Schultzen serait tombée dans un discrédit immérité ; il considère que, légèrement modifiée, elle est préférable pour le dosage de l'acide oxalique dans l'urine humaine où l'on doit agir sur une quantité de liquide considérable. Il préfère la méthode de Neubauer pour le dosage dans l'urine de chien. Après cet exposé critique, l'auteur détaille les résultats d'une expérience qu'il a entreprise pour reconnaître l'influence de l'alimentation sur l'élimination de l'acide oxalique chez le chien. Il constate que l'urine du chien contient toujours de l'acide oxalique, que cette quantité est toujours faible et varie de 5 à 60 milligrammes par 100 kilogrammes de chien, que l'élimination de l'acide oxalique atteint son maximum quand l'animal est nourri exclusivement avec de la viande; par contre, les hydrates de carbone sont sans influence sur cette élimination.

P. GALLOIS.

Ueber den Einfluss des Strychnin und Curare auf den Glycogengehalt der Leber und der Muskeln (De l'influence de la strychnine et du curare sur la quantité de glycogéne contenu dans le foie et dans les muscles, par B. DEMANT (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *B. X*, *p.* 441, 1886).

Sauf dans les cas de diabète, peu de travaux ont été entrepris sur les variations de quantité qu'éprouve le glycogène sous l'influence des substances toxiques introduites dans l'organisme. Salkowski et Konkoff ont observé que le glycogène diminue dans l'empoisonnement par l'arsenic, et que la piqûre du point trouvé par Claude Bernard n'amène plus la formation du sucre. Konkoff observa aussi que l'injection sous-cutanée de nitrobenzine produit généralement le diabète chez le lapin, mais diminue le glycogène du foie. On ne connaît rien dans les mêmes circonstances sur le glycogène des muscles.

L'auteur a dosé le glycogène du foie et des muscles après l'empoisonnement par la strychnine et par le curare. Il fit ses expériences sur des lapins et de jeunes chiens. La marche des expériences fut la suivante :

On prit deux animaux de même poids : l'un fut tué immédiatement, l'autre soumis à l'action du poison. Aussitôt après la mort des animaux, on détermina le poids du foie, et après l'avoir réduit en fragments, on le fit bouillir plusieurs fois avec de l'eau, et dans la solution aqueuse on précipita le glycogène par les méthodes de Bruecke.

Strychnine. — Six expériences furent exécutées sur des lapins. On leur fit une injection de 1 à 3 milligrammes de strychnine. On constata qu'à dose élevée elle amène une rapide diminution de la quantité de glycogène du foie et des muscles, et qu'à dose faible, non capable de produire le tétanos, elle agit de même, mais plus faiblement.

Curare. — Malgré le repos dans lequel se trouvaient les animaux, le curare amena de même une diminution du glycogène des muscles et du foie.

E. H.

Das Phenylhydracin als Reagens zum Nachweiss von Zucker in der Klinischen Chemie, nebst Bemerkumgen über das Vorkommen von Traubenzucker im Harne bei Vergiftungen (Emploi de l'acide phénique dans la recherche du sucre. La glycosurie dans les empoisonnements), par JAKSCH (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XI, p.* 20-26).

1° L'acide phénique constitue pour la glycose un réactif des plus délicats. Il forme avec elle une combinaison cristalline qui permet de reconnaître facilement sa présence dans l'urine, le sang, les produits de transsudation et d'exsudation, alors que les réactifs ordinaires sont restés impuissants. La technique de cette recherche est assez délicate, et nous sommes forcé de renvoyer au mémoire de Jaksch, où elle est exposée en détails.

2° Jaksch s'est servi de l'acide phénique pour examiner l'urine dans six cas d'empoisonnement. Les résultats furent négatifs pour trois empoisonnements par l'acide sulfurique, la potasse et l'arsenic — et cela bien que l'urine eût réduit la liqueur de Fehling. Dans trois empoisonnements par l'oxyde de carbone, la réaction se produisit. Jaksch put ainsi constater par cette méthode que la chloroformisation profonde et l'administration de fortes doses de salicylate de soude entraînent aussi la glycosurie. M. DEBOVE.

Einige Bemerkungen über zwei neue Zuckerreactionen (Quelques remarques sur deux nouvelles réactions du sucre), par SEEGEN (*Centralblatt f. d. med. Wiss., n.* 14 *et* 45, 1886).

H. Molisch a fait connaître deux nouvelles réactions du sucre, fort caractéristiques et fort sensibles. L'essai se fait de la façon suivante : 1-1/2 centimètre cube du liquide à essayer est additionné (dans une éprouvette) de deux gouttes d'une solution alcoolique (à 15-20 0/0) d'α-naphtol ou de thymol. On ajoute de l'acide sulfurique en excès (une à deux fois le volume primitif du liquide à essayer) et l'on agite vivement. En présence du sucre, le liquide essayé par α-naphtol prend une coloration violet foncé, celui qui a été traité par le thymol se colore momentanément en rouge cinabre, rouge carmin et rouge rubis. La dilution par l'eau transforme ces colorations en précipités (violet pour l'α-naphtol, carmin pour le thymol) se dissolvant en jaune dans l'alcool et l'éther. Cette réaction est très sensible, et appartient au sucre et à plusieurs autres substances hydro-carbonées : amidon, dextrine, glycogène.

Comme l'urine normale donne les nouvelles réactions du sucre d'une façon manifeste, Molisch en a conclu que son procédé de recherche permettait de résoudre d'une manière affirmative les questions (si souvent débattues et non encore tranchées définitivement) de savoir si l'urine contient normalement une petite quantité de sucre de diabète.

Seegen montre que les deux nouvelles réactions du sucre sont au moins aussi sensibles que celle par la liqueur de Fehling, mais que malheureusement elles ne sont pas spéciales au sucre et aux hydrates de carbone, mais appartiennent également à l'albumine, la mucine, la peptone, etc. Elles ne peuvent donc servir à démontrer la présence de petites quantités de sucre dans les urines, puisque ce liquide contient

d'autres substances (mucine) qui donnent la même réaction de l'α-naphtol et du thymol. L. FREDERICQ.

Ueber physiologische und pathologische Lipacidurie (Sur la lipacidurie physiologique et pathologique), par Rudolf von **JAKSCH** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 536).

Après avoir résumé les travaux des nombreux auteurs qui ont signalé la présence des acides gras dans l'urine, l'auteur a reconnu qu'en distillant l'urine avec de les acides phosphorique on obtient de l'acide acétique et de l'acide formique.

Quand on oxyde l'urine privée d'albumine avec du bichromate de potasse et de les acides sulfurique, on obtient environ 1 gramme d'acide gras qui, outre les acides formique et acétique, est composé d'acide butyrique et peut-être propionique.

Dans les cas pathologiques, les acides gras augmentent dans l'urine, et montent à 6 et 10 centigrammes par jour dans les cas de lipacidurie fébrile.

Dans quelques cas, on trouve aussi de l'acide valérianique.

Les acides gras paraissent produits par l'oxydation d'une matière particulière. E. H.

Ueber den Niederschlag welchen Pikrinsäure in normalen Harn erzeugt und über eine neue Reaction des Kreatinins (Sur le précipité que produit l'acide picrique dans l'urine normale et sur une nouvelle réaction de la créatinine), par M. **JAFFÉ** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 391, 1886).

Lorsqu'on ajoute une solution concentrée d'acide picrique à de l'urine, on obtient un précipité qui, après quelques heures, prend l'aspect cristallin. On a le même précipité quand on ajoute de l'acide picrique en poudre dans l'urine jusqu'à complète saturation, ou quand on ajoute à 100 centimètres cubes d'urine 20 centimètres cubes d'une solution alcoolique d'acide picrique à 20 0/0.

Ce précipité très volumineux se prend par le repos en longues aiguilles jaunes. Il se décompose par l'ébullition avec de l'eau en laissant de l'acide urique insoluble, tandis qu'une autre partie du précipité se dissout.

On sépare l'acide urique de la manière suivante : le précipité est lavé d'abord avec une solution d'acide picrique, lavé à l'alcool, séché à l'air, et mis à bouillir avec de l'eau contenant 5 à 10 centigrammes d'acide chlorhydrique. On agite la solution refroidie avec de l'éther pour enlever l'acide picrique. L'acide urique se décompose complètement de la solution aqueuse après quelques heures de repos.

La combinaison d'acide picrique, facilement soluble dans l'eau, se dépose de l'eau ou de l'alcool à 50° en longues aiguilles jaunes. On la fait cristalliser dans l'alcool concentré pour lui enlever tout acide urique que la solution pouvait encore contenir et dans lequel il est insoluble. On obtient une substance qui cristallise dans l'alcool faible et qui est un picrate de créatinine, qui n'existe pas à l'état libre mais à l'état de combinaison double et de picrate de créatinine et de picrate de potasse

$$(C^4H^7Az^3O)C^6H^2{<}^{OH}_{(AzO^2)^3} + C^6CH^2(AzO^2)^3OK$$

Ce sel double est anhydre et cristallise en aiguilles jaune citron ou en petits prismes. Il est facilement soluble dans l'eau et l'alcool étendu par l'action de la chaleur, peu soluble à froid, très difficilement dans l'alcool concentré froid, beaucoup plus soluble dans l'alcool chaud, presque insoluble dans l'éther.

100 centimètres cubes d'eau dissolvent à 20° 0,1806 de picrate de potasse et de créatinine. L'alcool à 15° 0,113.

L'auteur décrit ensuite le picrate de créatinine

$$C^6H^7Az^3O.C^6H^3O(AzO^2)^3$$

et le kynurate de créatinine, qui sont tous les deux des sels cristallins.

Nouvelle réaction de la créatinine. — En ajoutant au mélange d'une solution aqueuse d'acide picrique et de créatinine quelques gouttes d'une solution de potasse ou de soude étendue, on obtient à froid une coloration rouge intense, qui s'accroît pendant quelques minutes et dure environ une heure. Acidulée avec de l'acide acétique ou chlorhydrique, la solution rouge devient jaune en quelques minutes.

Cette réaction est aussi sensible que celle de Wey; elle réussit avec la créatinine étendue de 1/5000 fois son poids d'eau. Elle donne alors une coloration rougeâtre, bien différente de la coloration jaune orange du picrate de potasse. Mais si on ajoute une solution de soude, la coloration du picrate de soude apparaît avec sa teinte jaune caractéristique.

L'acide picrique donne avec les alcalis une coloration jaune qui passe rapidement au rouge. Le sucre de raisin chauffé avec de l'acide picrique donne aussi nne coloration rouge, mais la réaction n'a pas lieu à froid.

L'acétone donne une coloration rougeâtre avec l'acide picrique, mais la teinte ne pourra pas être confondue avec la teinte rouge pur et beaucoup plus intense de la créatinine.

E. HARDY.

Untersuchungen über die Amidosäuren, welche bei der Zersetzung der Eiweisstoffe dürch Salzsäure und durch Barytwasser entstehen (Recherches sur les acides amidés, qui prennent naissance dans la décomposition des éléments albuminoïdes par l'acide chlorhydrique et l'eau de baryte, par E. SCHULZE et E. BOSSHARD (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *X*, *p.* 134).

A. — Dans un précédent travail, les auteurs ont montré que la conglutine se décompose par l'acide chlorhydrique en acides amidés actifs sur la lumière polarisée, et qu'une semblable décomposition par l'eau de baryte à 150°-160° produit des acides amidés inactifs. Ils ont entrepris de nouvelles expériences dans le but d'éclaircir deux points : d'abord pour déterminer dans quelles conditions la décomposition des matières albuminoïdes produit des matières inactives; ensuite, pour savoir si ces produits inactifs peuvent être transformés en produits actifs isomères par l'influence des microbes (Pilsen). Suivant les travaux de Pasteur et une courte étude de Lewkowitsch, ils obtinrent de la leucine inactive en chauffant de la leucine active avec de l'eau de baryte, dans un tube scellé, à 150°-160°, dans un bain de paraffine, pendant trois jours. Quand l'expérience était moins prolongée, ils retiraient encore des produits actifs sur la lumière polarisée.

Cette leucine inactive est difficilement soluble dans l'eau. On la purifie en la faisant cristalliser dans l'eau. On redissout ensuite dans l'eau, et on

sature la solution à chaud avec de l'hydrate de cuivre. On obtient un précipité de leucine et de cuivre qui est filtré, lavé et décomposé par l'hydrogène sulfuré et mis à cristalliser. L'analyse du produit correspond à celle de la leucine.

On a donc pu, par ce moyen, transformer la leucine active en un isomère qui a les propriétés d'une leucine inactive. Ce produit s'accorde par ses caractères avec celui qu'on obtient avec de la conglutine.

B. — La leucine inactive et l'acide glutamique peuvent être facilement transformés en produits actifs, lorsqu'ils sont mis avec du *penicillium glaucum*. On introduisit des spores de cette plante dans des solutions stérilisées. La solution fut ensuite filtrée, évaporée à sec au bain-marie. Le résidu fut épuisé par l'alcool auquel on ajouta de l'ammoniaque concentrée ; la leucine resta en solution et se déposa en cristaux que l'on fit recristalliser dans l'alcool. Elle a un pouvoir rotatoire de $\alpha\ (\delta) = -17,3$.

L'acide glutamique fut soumis à un traitement semblable avec le *penicillium glaucum*, et l'acide glutamique obtenu avait un pouvoir rotatoire de $\alpha\ \delta = +31,6$.

E. H.

Ueber die Bildung von Milchsäure bei der Thätigkeit des Muskels und ihr weiteres Schiksal im Organismus (Sur la formation de l'acide lactique dans la contraction musculaire. Que devient cet acide dans l'organisme ?) par W. MARCUSE (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIX, p.* 425).

L'auteur résume lui-même de la façon suivante les résultats de ses recherches :

1° La contraction musculaire s'accompagne de la formation d'acide sarcolactique ;

2° La plus grande partie de cet acide lactique est détruit dans le foie chez la grenouille ;

3° Une petite partie de cet acide passe dans les urines de la grenouille, grâce à une disposition vasculaire spéciale ;

4° Chez les mammifères exécutant des mouvements actifs, l'urine ne contient pas d'acide lactique.

L. F.

Mikrochemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis (Démonstration micro-chimique d'une graisse cholestérinée dans la couche granuleuse de l'épiderme), par Georg LEWIN (*Berl. klin. Woch., n°* 2, *p.* 22, 11 *janvier* 1886).

Lewin a constaté la présence d'une graisse cholestérinée dans la couche granuleuse de l'épiderme et dans la couche cornée des canaux sudoripares.

Se servant de la réaction indiquée par Liebermann pour le cholestol, il a procédé de la façon suivante : une mince coupe de peau est laissée sécher à l'air sur le porte-objet du microscope, puis on la passe plusieurs fois sur une flamme de gaz ; on verse ensuite quelques gouttes d'anhydride acétique, puis d'acide sulfurique concentré.

A l'œil nu, on voit alors apparaître des stries roses que le microscope révèle être dues à des couches granuleuses et translucides. Peu à peu, le rose passe au vert ou au jaunâtre.

Dans la couche cornée, même entre les cellules kératinisées, quelques petits globules donnent la même réaction, ce qui semble en faveur du rôle assigné par Liebreich aux granulations pour lubréfier la substance cornée.

Au sein des végétations, la couche cornée, considérablement augmentée de volume, renferme de 5 à 7 séries de cellules granuleuses. Ces granulations elles-mêmes ont pour la plupart grossi de dimensions et sont en même temps plus nombreuses, en sorte qu'elles semblent engraissées. Au contraire la couche cornée est atrophiée, ce qui est complètement contraire à la fonction de la couche granuleuse dans la kératinisation. J.B.

Ueber die Zersetzungen der Milch (Des décompositions du lait produites par des micro-organismes), par HUEPPE (*Berliner klinische Wochenschrift, t. XXI, n° 50, p.* 807).

Les micro-organismes du lait susceptibles d'être isolés se subdivisent en : 1° ceux qui agissent par formation d'acides; 2° ceux qui agissent à la façon de la présure ; 3° ceux qui agissent comme les pigments.

1re *classe*. La formation spontanée d'acide lactique est due à un bacille court qui transforme le sucre en acides lactique et carbonique. Un microcoque cultivé de la salive forme une petite quantité d'acide lactique, mais vraisemblablement pas d'acide carbonique. Le microcoque de l'ostéomyélite et le micrococcus prodigiosus fournissent également de l'acide lactique à côté de pigment.

2e *classe*. Les effets analogues à ceux de la présure sont des plus répandus parmi les bactéries.

Les bactéries de cette catégorie dissolvent, peptonisent la caséine qui s'est séparée et la transforment en d'autres produits de dédoublement.

3e *classe*. Ce sont des bacilles verts, fluorescents, qui, sur la gélatine, se comportent comme les bacilles qui font le lait bleu. Mais le lait ne devient plus tard d'un bleu pur que s'il se fait en même temps une fermentation lactique, sinon il n'y a que la teinte préalable.

L'action du kéfir se compose à la fois de celle des organismes qui donnent lieu à des acides lactique et carbonique et de celle de la dispora qui dissout la caséine. J. B.

Zur Kenntniss der Caseinpeptone (Etude sur la caséine de la peptone), par Hans THIERFEL (*Zeitschrift für physiologische Chemie. B. X, p.* 577, 1886).

On a étudié avec soin la digestion de la fibrine avec la pepsine, mais on connaît moins bien les corps qui se produisent dans la digestion de l'albumine sous l'influence de cette même pepsine. Pour étudier cette question, l'auteur s'est servi de caséine préparée par les moyens ordinaires et de caséine très pure provenant de la fabrique de Merck.

On prépare la caséine en précipitant du lait très étendu par de l'acide acétique. On dissout le précipité dans de la soude, on précipite de nouveau par l'acide acétique, et on répète plusieurs fois cette opération afin d'enlever complètement les matières grasses ; on les soumet ensuite à l'action de la pepsine additionnée d'acide chlorhydrique. On obtient par filtration un liquide clair jaunâtre que surnage une masse visqueuse. Le liquide filtré est saturé à chaud par du car-

bonate de chaux, filtré, évaporé à un petit volume et précipité par une solution concentrée de sel marin. Il se forme un précipité floconneux de I propeptone.

Dans le liquide filtré on ajoute de l'acide chlorhydrique fort, on obtient un nouveau précipité qui se dépose par le repos en masse compacte visqueuse, s'attachant aux baguettes, II propeptone.

Le liquide filtré additionné d'acide phosphotungstique donne un abondant précipité de peptone.

Les expériences faites avec la caséine de Merck donnent des résultats semblables.

L'auteur fait remarquer que le propeptone I, obtenu par la précipitation avec le sel marin, correspond aux substances suivantes, que Kuhne pensait y avoir distinguées : la dysalbumose, l'hétéroalbumose et la protalbumose. E. HARDY.

Beiträge zur Kenntniss des Nährwerthes einiger essbaren Pilze (Contribution à l'étude du pouvoir nutritif de quelques champignons comestibles), par Carl MÖRNER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. X, p.* 303, 1886).

Les champignons passent pour une nourriture de très bonne qualité, et beaucoup de personnes ont tenté d'en propager l'usage dans les pays pauvres, comme un aliment très avantageux. Ils passent pour être riche en azote et pour contenir peu de matière grasse et d'hydrate de carbone. On n'en a pas d'analyse sérieuse. On ignore le rapport entre les quantités d'azote et les matières protéiques qu'ils renferment. Les seuls travaux importants publiés sur ce sujet sont de Böhmer. Carl Mörner a entrepris cette étude sur les champignons recueillis en Suède. *Agaricus procerus. A. campestris. Lactarius deliciosus. Lactarius torminosus. Cantharellus cibarius. Bolotus edulis. B. scaber. B. luteus. Polyporus ovinus. Hydnum imbricatum. H. repandum. Sparassis crispa. Lycopordas bovista. Morchella esculenta.*

Les champignons furent desséchés et réduits en poudre. On détermina la quantité d'eau qu'ils contenaient et l'azote total par la méthode Kjeldahl. Sans séparer l'azote des substances protéiques des autres composés azotés, on agita 1 à 2 grammes de poudre de champignons pendant quelques minutes avec 50 centimètres cubes d'alcool à 80°; on mit à bouillir pendant quelques heures à 60°. On filtra. La poudre restée sur le filtre fut épuisée avec 25 centimètres cubes d'eau à la température ordinaire ; le liquide filtré, pour éviter toute perte d'azote, fut évaporé dans un ballon de Kjeldlahl en consistance sirupeuse propre au dosage de l'azote.

Cette méthode est fondée sur ce fait que la plus grande masse des substances extractiles azotées est soluble dans l'alcool, et que les substances protéiques y sont presque insolubles.

On soumit les champignons à une digestion artificielle avec le suc gastrique et le suc pancréatique pour déterminer la quantité d'albumine digestible.

Les résultats sont rapportés dans divers tableaux. On en tire cette conclusion, que les champignons contiennent 13,5 de substance protéique et 7,5 d'albumine digestible.

Le résultat final de ces analyses est que les champignons n'ont pas la haute puissance nutritive qu'on leur avait accordée. E. HARDY.

Synthèse de la conicine, par LADENBURG (*Comptes rendus de l'Académie des sciences, p.* 876, 1886).

La conicine, d'après les travaux de Hoffmann, doit être regardée comme une α-propylpipéridine.

Pour la préparer, Ladenburg a chauffé de la paraldéhyde avec de la picoline α. Il y a réaction et formation d'allylpyridine liquide incolore qui, oxydée par le permanganate, donne de l'acide picolique, ce qui prouve qu'elle appartient bien à la série α

$$\underset{\alpha\ \text{picoline}}{C^5H^4(CH^3)Az} + \underset{\text{paraldéhyde}}{C^2H^4O} = \underset{\text{conicine}}{C^5H^4(CH - CH - CH^3)Az} + H^1O$$

On a réduit la base en la traitant par le sodium en solution alcoolique chaude. Elle est ainsi transformée en une base $C^8H^{17}Az$ qui a les propriétés physiologiques et chimiques de la conicine.

Cette base synthétique α-propylpipéridine ou conicine jouit de toutes les propriétés physiologiques de la conicine.

Elle en diffère cependant par l'absence du pouvoir rotatoire que possède la conicine, et par le point de fusion des sels d'or.

Pour transformer la base synthétique inactive en base active, Ladenburg regarda sa base synthétique comme analogue à l'acide racémique inactif et essaya les méthodes de Pasteur pour convertir celui-ci en acide tartrique droit et gauche. Il réussit en employant une réaction proposée par Yernez. Il prépara une solution de tartrate d'α-propylpipéridine et y mit un fragment de tartrate droit de conicine. Il obtint des cristaux et un sirop.

Les cristaux formaient la base dextrogyre ; le sirop, la base lévogyre; mais l'angle de déviation de ce dernier était plus petit que celui de la conicine naturelle.

La base lévogyre fut alors transformée en chlorhydrate. Sa solution très diluée fut précipitée par l'iodure double de potassium et de cadmium. Le précipité, oléagineux d'abord, devint cristallin et fut recristallisé dans l'eau chaude. On décomposa séparément les cristaux et les eaux mères. Les cristaux contenaient la base dextrogyre, le sirop avait la même déviation à gauche que la conicine en montre à droite.

Il y a donc eu préparation synthétique de 3 bases ayant entre elles les mêmes rapports que les acides racémique et tartrique et dont l'une est absolument identique à la conicine naturelle. E. HARDY.

Synthèse de la pentaméthylènediamine (cadavérine); de la tetraméthylènediamine, de la pipéridine et de la pyrrolidine, par A. LADENBURG (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences, t.* 103, *p.* 809, 1886).

L'auteur s'est prososé de constituer une diamine qui par perte d'ammoniaque reproduirait la pipéridine. On ne sait pas grand'chose sur la constitution de cette dernière, pourtant on suppose qu'elle possède une chaîne d'atomes de carbone normale, et cela est d'accord avec ses rapports intimes avec la pyridine.

Il s'agissait donc de préparer la pentaméthylènediamine.

Ladenburg est parti du dicyanure de triméthylène, puis le soumet à la méthode de réduction qu'il a déjà proposée autrefois, c'est-à-dire qu'il a traité le dicyanure de méthylène en solution alcoolique chaude par le sodium. Le résultat est très avantageux, et a donné un rendement de 80 0/0, d'une base $C^5H^{14}Az^2$ qui ne pouvait être autre chose que la pentaméthylènediamine AzH^3-CH^2CH^2-CH^2-CH^2-CH^2AzH^2. Cette base bout à 178-179. Elle se prend en cristaux à basse température, mais fond déjà à près de 0°. Son odeur rappelle celle de la pipéridine et celle du sperme. Elle se dissout facilement dans l'eau et dans l'alcool, moins dans l'éther. Elle forme des sels cristallisés. Cette base est identique avec la *cadavérine*, ptomaïne découverte récemment par Brieger.

La transformation de la pentaméthylènediamine en pipéridine se produit quand on distille le chlorhydrate sec. Le chlorhydrate employé était parfaitement pur; 18 grammes de ce sel ont été soumis à une distillation rapide, et le produit distillé a été purifié par la transformation en nitrosamine, puis la nitrosamine fut transformée en base par l'acide chlorhydrique gazeux, et par la distillation du chlorhydrate avec la potasse. On obtint ainsi la pipéridine de synthèse absolument identique avec la pipéridine naturelle. C'est donc la pentaméthylénéimine $(CH^2)^5AzH$.

Avec le cyanure d'éthylène, il a obtenu de même la tétraméthylénéimine $(CH^2)^4AzH$. E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Atlas de microscopie clinique, par Alexandre PEYER, traduction de Eug. de LA HARPE (In-4°, 100 planches, *Paris*, 1887).

Peyer a réuni dans cet atlas, dont plusieurs planches sont fort remarquables, l'étude microscopique des éléments suivants : 1° sang; 2° sécrétion mammaire; 3° urine; 4° crachats; 5° fèces; 6° vomissements; 7° contenu liquide de diverses tumeurs abdominales; 8° sécrétion des organes génitaux de la femme; 9° micro-organismes; plus quelques dessins des vers parasites de l'intestin. Un texte accompagne chaque planche et donne, avec l'explication du dessin, un résumé succinct anatomopathologique de l'affection ou une étude anatomique des éléments représentés. A. C.

Die Histologie der Struma (Histologie du goitre), par Otto BESELIN (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCIX, H.* 2, *p.* 314 *et H.* 3, *p.* 419).

L'auteur s'occupe surtout des formes bénignes du goitre; il fait remarquer que l'examen histologique ne donne pas tous les renseignements désirables sur la métamorphose colloïde des divers éléments, et qu'il faudrait pouvoir étudier cette question au moyen de la chimie biologique. Il étudie d'abord le tissu glandulaire lui-même dans lequel il distingue

des altérations diverses, et fréquemment juxtaposées : 1° des amas de cellules formant fréquemment de véritables bandes de tissu hypertrophié et altéré ; 2° des follicules très développés offrant l'apparence de petites vésicules ; 3° la formation de la substance colloïde sous des aspects variés d'un éclat tantôt faible, tantôt fort, tantôt très fort. La colloïde à peine brillante s'accompagne souvent de vacuoles. Parfois cette substance colloïde a un aspect réticulé ; dans d'autres cas, elle s'encroûte d'éléments calcaires, se dispose par couches. Il pense que les épithéliums glandulaires peuvent se transformer directement en substance colloïde. L'auteur passe ensuite à l'étude du stroma et des vaisseaux : il admet que le sang contenu à l'intérieur des vaisseaux plus ou moins altérés, ou extravasé, subit des altérations pouvant aboutir à la transformation en une substance colloïde, tantôt faiblement brillante, soit homogène, soit finement granuleuse, tantôt fortement réfringente et homogène. Peut-être cette substance homogène et faiblement réfringente est-elle voisine de la substance hyaline. Dans le sang extravasé, on peut encore rencontrer la colloïde à forme réticulée. A ces divers éléments se mêle du tissu scléreux qui peut être assez abondant pour donner lieu à la forme fibreuse du goitre admise par Virchow. Enfin l'auteur étudie les kystes contenus dans les goitres et leur reconnaît diverses origines. Tantôt ce sont de petits kystes provenant de la distension des follicules (kystes folliculaires) ; ces kystes peuvent s'ouvrir les uns dans les autres et avoir des formes très irrégulières. Tantôt ce sont des kystes succédant à la dégénérescence hyaline du stroma ou du parenchyme glandulaire ; ces deux variétés se combinent assez fréquemment. Tantôt ces kystes se développent dans le tissu scléreux, peut-être aux dépens des vaisseaux capillaires étranglés par le tissu fibreux. Quant aux kystes de grandes dimensions, leurs parois sont revêtues d'une coque de tissu fibreux, quelle que soit leur origine ; aussi peut-on rarement dire quel a été le mécanisme de leur production. L'auteur insiste surtout sur l'existence d'hémorragies abondantes comme cause de ces grands kystes.

Après cette étude analytique des divers éléments constitutifs du goitre, l'auteur fait un groupement synthétique de ces tumeurs. Il distingue une hyperplasie générale et égale sur tous les points, laquelle peut être acquise ou congénitale, et une forme de goitre noueux. Dans ces goitres noueux on observe les variétés suivantes : 1° nodosités dépendant du développement des éléments glandulaires ; 2° nodosités constituées au centre par le stroma et les vaisseaux devenus hyalins et à la périphérie par des formes glandulaires très variables ; 3° nodosités ayant un centre fibreux et une périphérie glandulaire ; 4° forme vasculaire ressemblant au tissu caverneux ; 5° goitres kystiques, les kystes étant dus soit à la dilatation des follicules, soit au ramollissement de divers éléments du tissu, soit à des hémorragies.

P. GALLOIS.

A case of acute tuberculosis of brain and lungs, with tubercles in the synovial membranes of the joints (Granulie cérébrale, pulmonaire et articulaire), par E. MAYLARD (*Glasg. med. Journ.*, *p.* 202, *août* 1886).

Jeune homme de 20 ans, exposé par son travail au froid humide, et atteint depuis quatre semaines de douleurs erratiques dans les jointures, quand il entre à l'hôpital.

Facies pâle et émacié, fièvre irrégulière, tuméfaction douloureuse de plusieurs articulations, souffle mitral systolique. Le salicylate de soude enlève les douleurs, mais laisse subsister les épanchements synoviaux, ainsi que la fièvre. Frottements péricardiques, céphalée et torpeur cérébrale pendant les derniers jours. Mort au bout de deux mois et demi de maladie.

A l'autopsie, granulie pulmonaire et méningée; synoviales articulaires tuméfiées, congestionnées, semées de granulations tuberculeuses typiques. Noyaux caséeux dans la prostate, les vésicules séminales, les reins, etc.

A. CHAUFFARD.

Ueber Tuberculose der weiblichen Brustdrüse u. s. w. (Tuberculose du sein chez la femme et formation des cellules géantes), par E. G. ORTHMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys. C, Heft* 3, *p.* 365).

L'auteur étudie deux cas de tuberculose du sein. De ses examens histologiques, il croit pouvoir conclure que très fréquemment les lésions débutent par les acini glandulaires et que de là elles se propagent soit au tissu conjonctif voisin, soit aux conduits galactophores situés en aval. Quant aux cellules géantes, il considère qu'elles se forment, dans ce cas particulier, à l'intérieur de l'acinus aux dépens des cellules épithéliales qui se fusionnent et dont les noyaux se disposent circulairement à la périphérie de la cellule géante formée ainsi par coalescence. Sur certains points il a vu des cellules géantes se former par un processus analogue dans les vaisseaux par la fusion de l'endothélium. Dans ces cellules géantes, de même que dans les débris granuleux existant dans les conduits galactophores, l'auteur a pu déceler la présence de bacilles, mais en nombre assez restreint. P. GALLOIS.

On a case of tuberculosis of the stomach, par J. COATS (*Glasg. med. Journ. p.* 53, 1886).

Chez un phtisique mort dans le marasme, et sans qu'aucun symptôme eût attiré l'attention du côté de l'estomac, l'auteur trouva sur la muqueuse gastrique un grand nombre d'ulcérations granuleuses et superficielles, qui présentaient nettement la structure et les bacilles de la tuberculose. Ces ulcérations rappelaient comme aspect les ulcérations tuberculeuses de la vessie plutôt que celles de l'intestin.

La rareté des faits de ce genre est probablement due à une action nocive du suc gastrique sur les bacilles de Koch. A. CHAUFFARD.

Ueber Tuberkulose des Œsophagus, par ZEMANN (*Soc. des méd. de Vienne,* 26 *novembre* 1886).

La tuberculose œsophagienne n'est pas rare ; elle peut se produire de quatre façons diffférentes :

1° La caséification des ganglions intertrachéo-bronchiques aboutit au ramollissement et à l'ouverture des foyers sous l'œsophage ; au voisinage de la perforation, on trouve des nodules tuberculeux dans la paroi de l'organe ;

2° Les tubercules procèdent des muqueuses du pharynx et du larynx par continuité ;

3° L'œsophage est lésé par des substances corrosives ou irritantes ; les érosions ainsi produites sont infectées par les crachats mêlés aux aliments. Les cicatrices œsophagiennes contiennent des tubercules ;

4° Dans la tuberculose miliaire aiguë, l'œsophage est atteint comme les autres organes. L. GALLIARD.

Ueber die tuberculöse Erkrankung der Niere u. s. w. (Relation entre la tuberculose rénale et la tuberculose génito-urinaire), par C.-F. STEINTHAL (*Arch. f. path. An. u. Phys. C, H.* 1, *p.* 81).

L'auteur constate que la tuberculose rénale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit; il l'aurait rencontrée 18 fois sur 58 autopsies de tuberculeux. D'après ses observations et celles qu'il a recueillies dans divers auteurs, il remarque que la région des pyramides est la plus fréquemment atteinte, le plus ordinairement ces lésions se trouvent à l'union des pyramides et de la région corticale. L'organe le plus fréquemment atteint dans l'appareil urinaire en même temps que le rein est la prostate. L'auteur se demande comment se fait l'infection des voies urinaires par la tuberculose. Il pense que le rein est pris le premier et que les organes situés en aval sont atteints consécutivement; il ne pense pas que la tuberculose suive une marche ascendante comme c'est peut-être le cas pour l'appareil génital. Le testicule est rarement pris en même temps que le rein. Ce fait a une certaine importance. En effet, quand le testicule est tuberculeux, on peut faire la castration. Cependant, avant d'opérer, on devra toujours explorer la prostate; si elle est envahie par le processus tuberculeux, il y a de grandes chances pour que les reins soient malades, et dans ce cas l'opération serait inutile.

L'auteur recommande d'ailleurs de rechercher les bacilles dans les urines, mais ne cite pas d'expériences personnelles à ce sujet. P. GALLOIS.

Contribution à l'étude de la tuberculose du rein, par R. DURAND-FARDEL (*Thèse de Paris, n°* 205, 1886).

Voici les conclusions des recherches personnelles de l'auteur :

1° Dans la tuberculose miliaire aiguë du rein, les bacilles pathogènes peuvent être trouvés dans l'intérieur des glomérules et des tubes, et dans les espaces interstitiels.

2° Il en est de même dans quelques vaisseaux et notamment dans le bouquet vasculaire du glomérule, alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes.

3° Dans les altérations commençantes, les bacilles affectent de préférence la surface des anses glomérulaires; dans les lésions plus avancées, on les rencontre diffusés dans les infiltrations tuberculeuses péri-glomérulaires en même temps que dans le glomérule.

4° La présence des bacilles dans les artérioles afférentes, en quantité considérable, démontre nettement la généralisation de l'infection tuberculeuse aiguë par le système sanguin. R. JAMIN.

Des courbures et rétrécissements aortiques dans le mal de Pott, par LANNELONGUE (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 1886, *t. XII, p.* 515-519).

L'aorte subit diverses modifications du fait de la gibbosité du mal de Pott. Tantôt c'est une simple courbure, tantôt une courbure extrême, au point que les deux segments artériels se touchent; parfois le vaisseau se plisse et décrit des sinuosités ; parfois encore à ces modifications s'ajoute un

amincissement d'une partie de la paroi ; enfin son calibre peut présenter un curieux contraste au-dessus et au-dessous de l'angle de la courbure.

Dans tous ces cas, elle est assez fortement adhérente soit aux tissus néoplasiques, soit à des abcès prévertébraux.

Il résulte de ces déformations un trouble de la circulation aortique qui doit sans doute contribuer à la production de certains phénomènes vagues qui s'observent dans le cours du mal de Pott : congestion des membres, parésies passagères ou durables, œdèmes, etc.

Lannelongue n'a trouvé dans les auteurs que deux faits se rapportant à ces déformations aortiques du mal de Pott ; ils sont dus à Goodhart et à Tayge. MAURICE HACHE.

Ueber die Natur der secundären leukaemischen Bildungen (Nature des tumeurs leucémiques secondaires), par Julius BIZZOZERO (*Arch. f. path. Anat. u. Phys. XCIX, Heft* 2, *p.* 378).

Les productions leucémiques secondaires ont été décrites surtout dans le foie et les reins. Il y a deux hypothèses en présence pour expliquer le mécanisme de leur formation. La première émise par Rindfleisch, adoptée par Cornil et Ranvier et par Ziegler, veut que ces tumeurs soient produites par l'extravasation des leucocytes dans les tissus des organes. La seconde, due à Virchow, suppose au contraire que la tumeur se développe sur place par la prolifération des globules blancs. La solution demeurée longtemps en suspens peut être tranchée depuis les travaux de Peremeschko, Lavdowsky, Arnold et Flemming sur les phénomènes de division cellulaire. Or, dans les reins, et surtout dans le foie, l'auteur trouve un grand nombre de globules blancs en voie de karyokinèse. Il en conclut que ces leucocytes prolifèrent, et que, par suite, les productions leucémiques secondaires se forment, suivant l'hypothèse de Virchow, par prolifération sur place des éléments blancs du sang. P. GALLOIS

I. — Zur Pathologie des Morbus Addison, par RIEHL (*Zeitsch. für klin. Medicin, Band X, p.* 521-530).

II. — 2 Fälle von Morbus Addisonii, par JÜRGENS (*Berliner klinische Wochens. n°* 14, *p.* 222, 6 *avril* 1885).

I. — Riehl a examiné au point de vue histologique quatre cas de maladie d'Addison.

Le pigment se trouve surtout dans la couche des cellules locales de l'épiderme ; sa quantité va en diminuant graduellement dans les cellules voisines du stratum lucidum. La portion de protoplasma qui entoure le noyau est la plus riche en pigment, mais ce noyau lui-même n'en renferme jamais. On n'en rencontre pas non plus dans les espaces intercellulaires du réseau de Malpighi. Dans la couche papillaire, surtout autour des vaisseaux, on voit au contraire des cellules conjonctives très fortement pigmentées.

On trouve aussi des cellules pigmentées dans les portions de la peau dont la couleur ne semble pas avoir été modifiée. La paume des mains est la seule partie du corps qui puisse rester entièrement indemne.

La tunique adventice de presque tous les vaisseaux est remplie de nombreux éléments cellulaires offrant les caractères des leucocytes et

des hématies. Cette infiltration atteint son maximum dans le stratum vasculaire sous-papillaire.

Dans les grosses artères, la tunique moyenne est hypertrophiée. Pas de modifications de la tunique interne. Par places, les hématies forment non seulement une infiltration, mais de véritables foyers hémorragiques. On peut observer aussi des thromboses artérielles ou veineuses.

L'élimination du pigment se fait surtout par la transformation cornée des cellules du réseau de Malpighi. Une autre portion est entraînée par des lymphatiques et, chez deux malades, Riehl a pu constater la présence de cellules pigmentées dans les ganglions correspondant aux portions de la peau atteintes. DEBOVE.

II. — Ce qui caractérise ces deux cas de maladie d'Addison, c'est qu'à l'autopsie on a trouvé les nerfs splanchniques dégénérés des deux côtés; leur aspect était grisâtre et leurs dimensions bien plus grêles qu'à l'état normal.

Dans le premier cas, où il existait une forte couleur brune des téguments, les deux capsules surrénales étaient transformées en des masses calcaires et fibreuses, entourées d'une prolifération de tissu conjonctif qui s'étendait presque sur le ganglion solaire. Les autres organes du corps n'offraient que des altérations insignifiantes.

Dans le second cas, il n'y avait qu'une légère atrophie des capsules surrénales, mais les nerfs splanchniques étaient comprimés par un vaste anévrisme cylindriforme de l'aorte descendante qui avait en même temps produit une usure des vertèbres et une cyphose rachidienne. Les téguments avaient une coloration bronzée. (*R. S. M.*, I, 174 ; III, 629 ; VI, 145 et 490 ; XV, 457 à 459, et XXIII, 568.) J. B.

Ueber Speiseröhrenkrebs (Cancer de l'œsophage), par FRÆNKEL (*Soc. méd. de Hambourg*, 9 *février* 1886).

L'auteur a fait l'autopsie de deux sujets atteints de cancer de l'œsophage avec perforation ultime de l'aorte et de la sous-clavière droite.

Le premier était un homme de 39 ans, malade depuis plusieurs mois et chez qui le diagnostic n'offrait pas de difficulté. Il avait eu d'abord une sorte de vomique, puis des signes de pneumonie et enfin une hémoptysie foudroyante. On trouva le carcinome de l'œsophage à la hauteur de la bronche gauche, celle-ci perforée, et, au niveau de cette même bronche, l'aorte descendante perforée également.

L'autre sujet, une femme de 58 ans, avait un carcinome du pharynx et de la première portion de l'œsophage. Mort par hémorragie foudroyante par la bouche. A l'autopsie, perforation de la sous-clavière droite. Cette artère avait en effet une origine anormale : elle sortait de la portion descendante de la crosse et passait derrière l'œsophage. L. GALLIARD.

Anévrisme de l'aorte guéri et passé inaperçu pendant la vie, par NATIER (*Journal de méd. de Bordeaux*, 25 *avril* 1886).

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 71 ans.

La branche horizontale de la crosse aortique, ainsi que sa portion descendante, adhèrent intimement, en arrière, avec la colonne vertébrale, en avant, avec la face postérieure du sommet du poumon gauche. On rencontre là un tissu dur, fibreux, très résistant, qui, après enlèvement, apparaît sous la forme d'une masse ovoïde du volume du poing, du poids de 100 grammes

environ et de 10 centimètres sur 7, constituée par un caillot ancien ayant subi une organisation complète.

Dans tout le reste de son trajet, l'aorte présente quelques plaques d'athérome.

Dans toute l'étendue correspondant au caillot anévrismal, la paroi postérieure de l'aorte tapisse la colonne vertébrale. Cette paroi, détachée, laisse voir une érosion de la moitié gauche des quatre premières dorsales et de la partie supérieure de la cinquième. Le périoste a disparu à ce niveau. Nulle trace de communication avec le canal rachidien. Pas de déformation de la colonne vertébrale. OZENNE.

Ueber Veränderungen der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen (Modifications des nerfs et de la moelle à la suite des amputations), par FRIEDLAENDER et KRAUSE (*Fortschritte der Medicin*, n° 23, 1886).

A la suite des amputations, F. et K. ont trouvé des altérations des tubes nerveux, mais uniquement des nerfs de la sensibilité ; cette altération est essentiellement différente de la dégénérescence wallérienne ; elle consiste en une atrophie de la gaine myélinique, qui perd ses propriétés de réaction vis-à-vis des matières colorantes, en une prolifération des noyaux de la gaine de Schwann, tandis que le cylindraxe, quoique perceptible à l'examen microscopique, est considérablement augmenté de volume ; il n'y a pas, comme dans le nerf séparé de ses centres trophiques, destruction complète, mais atrophie des éléments, si bien que le nerf dans son ensemble présente une certaine analogie avec les fibres nerveuses sans myéline.

Il est encore plus curieux de constater que tous les nerfs de la sensibilité ne sont pas ainsi lésés, mais qu'un certain nombre conservent leurs propriétés normales ; ce seraient, disent les auteurs, les nerfs qui se terminent à la périphérie dans les corpuscules du tact, qui s'atrophient seuls. Ce n'est là qu'une simple hypothèse, mais elle semble justifiée par ce fait que, quel que soit le lieu de l'amputation, qu'il s'agisse pour le membre inférieur d'une amputation sus-malléolaire ou d'une amputation de la cuisse, il n'y a pas plus de tubes nerveux atrophiés dans un cas que dans l'autre.

Ils comparent ces lésions à l'atrophie des nerfs optiques à la suite de l'ablation ou de la destruction du globe oculaire, qui est depuis si longtemps connue.

Cette lésion particuliére des nerfs sensibles se laisse poursuivre jusqu'aux ganglions spinaux ; au delà, elle fait complètement défaut ; dans les racines postérieures, le nombre des tubes nerveux est diminué le plus habituellement dans de notables proportions, mais tout se borne à cela seul.

Dans la moelle, on ne trouve que des lésions d'atrophie réparties dans toute la région affectée à la sensibilité ; les cordons postérieurs, du côté du membre amputé, sont atrophiés, mais c'est là une atrophie pure et simple, sans aucune autre lésion ; la corne postérieure est notablement diminuée de volume ; enfin, Friedlaender et Krause ont constaté également d'autres modifications des plus intéressantes, concernant les groupes des cellules nerveuses médullaires.

Dans plusieurs cas d'amputation de la cuisse ou de la jambe, ils ont trouvé dans le milieu du renflement lombaire, c'est-à-dire dans la région où prennent naissance les nerfs sacrés, une atrophie de la corne an-

térieure. Mais cette atrophie portait sur un seul des groupes cellulaires de la corne antérieure, sur le groupe postéro-latéral ; la numération des cellules, faite sur des coupes en séries, a montré qu'elles étaient deux à trois fois plus nombreuses du côté sain que du côté amputé.

D'un autre côté, la colonne de Clarke s'est toujours montrée diminuée de volume, dans la moitié inférieure de la moelle dorsale, quand il s'agissait d'une amputation du membre inférieur.

Il y a là des faits intéressants qui semblent prouver que ces diverses régions de la moelle sont en rapport direct avec les nerfs de sensibilité.

W. ŒTTINGER.

The distribution of pyœmic abscesses, par Stephen PAGET (*The Lancet*, 31 *juillet* 1886).

L'auteur a eu l'idée de rechercher si, dans la pyohémie vraie, la distribution des lésions secondaires offrait un rapport quelconque avec le siège et la nature de la lésion initiale. Il a analysé dans ce but plus de cinq cents observations de pyohémie. Cette analyse lui a montré que la distribution des abcès n'est pas absolument fortuite : ainsi les abcès du foie seraient plus souvent consécutifs à des lésions osseuses ; la pleurésie et la péricardite seraient plus fréquentes à la suite de plaies des membres que de plaies de la tête ou du tronc. Il est difficile d'expliquer ces faits exclusivement par la théorie de l'embolie. Il y a quelque chose de plus, probablement un certain état des tissus eux-mêmes, ou du système lymphatique. Peut-être pourrait-on sous ce rapport comparer la pyohémie à la syphilis. Dans cette dernière, il existe à la fois une susceptibilité générale du système lymphatique, et une susceptibilité spéciale de certains organes et de certains tissus. Il en est de même dans la pyohémie, où le système lymphatique et les membranes séreuses, qui en dépendent, sont le lieu d'élection des lésions secondaires, et où d'autre part les organes doués d'une résistance moindre, ceux qui avaient préalablement éprouvé quelque altération ou subi quelque traumatisme, sont frappés de préférence à tous les autres. Suivent de nombreux exemples empruntés à divers auteurs.

H. BARTH.

Zwei Fälle von angeborenem Mangel der Pectoralmuskeln nebst Bemerkungen über die Wirkung der Intercostalmuskeln (Deux cas d'absence congénitale des muscles pectoraux et réflexions sur l'action des intercostaux), par von NOORDEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 39, 1885).

L'absence des deux petits et des deux grands pectoraux n'a pas encore été signalée. Elle a été constatée par l'auteur chez un sujet de 43 ans, tuberculeux, dont le thorax était remarquablement aplati. A droite, on notait le défaut complet des deux pectoraux, tandis qu'à gauche on trouvait encore la portion claviculaire du grand pectoral, la portion sterno-costale étant absente ainsi que le petit pectoral.

Dans l'autre cas (moins exceptionnel que le premier), l'auteur a vu manquer seulement la portion sterno-costale du grand pectoral et le petit pectoral du côté gauche. Du reste, cette anomalie ne déterminait aucun trouble fonctionnel.

L'auteur a profité de la circonstance pour étudier l'action des intercostaux. Voici les résultats :

Les intercostaux externes et internes sont des muscles inspirateurs. Ils n'entrent pas en jeu dans les inspirations superficielles, mais se contractent énergiquement dans les inspirations forcées : aussi peut-on les appeler inspirateurs auxiliaires. Ils sont utilisés par la femme dans le type respiratoire costo-supérieur normal.

L'aplatissement primitif des espaces intercostaux dans l'inspiration est un phénomène physique ; il en est de même de la voussure qui se produit dans l'expiration chez un sujet privé de muscles pectoraux ou chez les sujets très amaigris. L. GALLIARD.

Zwei Beobachtungen von angeborenem Mangel der linken Lunge (Absence congénitale du poumon gauche), par MÜNCHMEYER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 18, 1885).

1° Garçon de 2 ans, vigoureux, bien portant, atteint de pneumonie droite. A gauche la percussion fournit un son creux comme le son d'un pot vide ; on n'entend aucun bruit respiratoire, la cage thoracique se soulève aussi bien et même mieux que du côté opposé. En mesurant la poitrine, on ne constate pas de différence entre les convexités des deux côtés. L'auteur déclare que le poumon gauche fait défaut et insiste sur la gravité exceptionnelle de la pneumonie droite par l'effet de cette anomalie congénitale. Mort au bout de 15 jours. Hépatisation du poumon droit. Le cœur est à sa place normale, sans lésion. La cavité pleurale gauche ne contient que de l'air sans odeur spéciale ; pas d'exsudat. La plèvre costale est lisse. Derrière le cœur se trouve une masse aplatie, mesurant 4 centimètres de large et 5 de long, carnifiée, représentant le rudiment du poumon.

2° Fille de onze ans mourant de méningite tuberculeuse. En ouvrant la poitrine qui n'offre pas de déformation apparente, on trouve le poumon droit et le cœur normaux, mais le côté gauche du thorax est absolument vide, sans exsudat. Le poumon gauche n'est représenté que par une masse charnue de la grosseur d'une petite pomme siégeant en arrière du cœur.

L. GALLIARD.

Des difformités congénitales produites sur le fœtus par la contraction musculaire (Les veaux à tête de chien, ou niatas), par DELPLANQUE (*Thèse de Lille*, 1885).

L'auteur, étudiant des veaux de la race monstrueuse dite « Niata », reconnaît que les déformations qui caractérisent cette race sont dues à des contractures, qui sont la conséquence de maladies nerveuses fœtales assez analogues au tétanos. Ces contractures produisent des enfoncements, incurvations des os, des trophonévroses, et plus particulièrement la déformation de la face chez le veau niata. Les observations de Delplanque viennent donc à l'appui de la « théorie étiologique » de J. Guérin. A. PRENANT.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sulle degenerazioni consecutive all'estirpazione totale e parziale del cervelletto, par MARCHI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc.* 1 *et* 2, 1886).

Après l'extirpation totale du cervelet, on trouve une sclérose diffuse de la substance grise de la moitié supérieure du pont de Varole qui entoure les pyramides et de la substance grise de l'olive; de tous les pédoncules cérébelleux, y compris en partie le faisceau cérébelleux direct de Flechsig, sans aucune lésion des noyaux des nerfs craniens et de la substance grise du plancher du quatrième ventricule. Après l'extirpation de la moitié du cervelet, les mêmes éléments dégénèrent spécialement dans la moitié correspondante à la lésion et en partie aussi dans le côté opposé. De plus les fibres dégénérées des pédoncules cérébelleux supérieurs ne s'entrecroisent pas complètement avec celles du côté sain; une partie ne subit pas l'entrecroisement et se perd probablement dans le noyau de Stilling du même côté de la lésion. Après l'extirpation du lobe médian, la dégénération bilatérale se circonscrit à certains faisceaux de fibres disséminées, et aussi à quelques fibres du faisceau cérébelleux direct, au ruban inférieur de Reil, aux fibres arciformes et à beaucoup de fibres des faisceaux pyramidaux. Enfin, après l'extirpation totale ou partielle du cervelet, on note dans quelques cas une dégénération de quelques fibres des nerfs craniens, et des racines antérieures de la moelle spinale, bien que les noyaux d'origine de ces nerfs semblent exempts d'altérations. F. BALZER.

Amblyopie et hémiamblyopie de cause cérébrale, par LANNEGRACE (*Gaz. hebd. de Montp.*, nos 29-32, 1886).

D'après les expériences faites sur le chien, l'auteur conclut que la lésion d'un lobe occipital donne généralement lieu à une hémiamblyopie latérale homonyme : la lésion du lobe temporal, ou du lobe pariétal ou du lobe frontal donne plus spécialement lieu à de l'amblyopie croisée. L'écorce supérieure du cerveau du chien se divise en deux zones dont les lésions exerceraient une influence particulière sur la fonction visuelle; une zone postérieure plus limitée qu'on pourrait appeler zone de l'hémiamblyopie, une zone antéro-moyenne, plus étendue qu'on pourrait appeler zone de l'amblyopie. A. MOSSÉ.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Reflex-Hyperämie (Hyperémie réflexe), par KANDERS (*Wien. med. Jahrb., p.* 153, 1886).

Les expériences de Deutschmann sur la production artificielle de l'ophtalmie sympathique ont conduit l'auteur à injecter dans le corps vitré d'un œil, chez le lapin, une petite quantité d'huile de croton pour étudier les résultats de cette injection sur l'œil du côté opposé.

Presque immédiatement après l'injection, on voit les vaisseaux super-

ficiels, conjonctivaux, péricornéens du côté opposé se remplir de sang. L'hyperémie ainsi déterminée dure une heure environ, puis diminue, et se reproduit si l'on recommence l'injection sur l'œil primitivement opéré.

L'auteur ne peut dire si cette dilatation vasculaire réflexe est le prélude de l'ophtalmie sympathique. L. GALLIARD.

I. — Ueber hæmorrhagische Dyspnoë (Sur la dyspnée par hémorragie), par HOLOVTSCHINER (*Arch. f. Anat. u. Phys.* 1886. *Suppl.-Band, p.* 232).

II. — Ueber hæmorrhagische Dyspnoë, par GAD (*Ibidem, p.* 543, 1886).

I et II. — Holovtschiner a fait, sous la direction de Gad, une série d'expériences sur les modifications que le rythme respiratoire du lapin subit sous l'influence de la saignée. Il distingue pendant le cours d'une saignée mortelle trois périodes :

A. *Période de dyspnée.* — Dans toute saignée copieuse, la circulation se trouve ralentie, le sang ne se renouvelle pas assez vite dans les centres respiratoires, d'où ralentissement des échanges gazeux à niveau, et excitation des centres d'inspiration. Il en résulte une forme de dyspnée identique à celle qui est due à une ventilation pulmonaire insuffisante. Cette dyspnée commune, à laquelle Gad donne le nom de *pneumatorectique* est caractérisée par une exagération des mouvements respiratoires dans le sens de l'inspiration, souvent aussi par une accélération de la respiration;

B. *Période de respiration hypokinétique.* — Pendant celle-ci les mouvements respiratoires sont très nombreux et très superficiels, la position moyenne du thorax se rapprochant beaucoup plus de celle de l'inspiration que de celle de l'expiration.

C. *Période de respiration syncopale* se terminant par la mort. Les mouvements respiratoires sont d'abord assez profonds, mais séparés par des pauses fort longues, pendant lesquelles le thorax est au repos complet, en position *cadavérique*. Puis les mouvements respiratoires deviennent de moins en moins profonds et finissent par s'éteindre entièrement.

Une transfusion d'eau salée tiède (0,6 0/0) pratiquée pendant la première période ne change pas grand chose à l'état de l'animal ; la dyspnée persiste.

Pendant la seconde période, au contraire, la transfusion présente une efficacité incontestable ; elle fait disparaître les symptômes inquiétants de la respiration *hypokinétique* et les remplace par la simple dyspnée de la première période.

Enfin le *stade syncopal* indique la mort très prochaine de l'animal. La transfusion arrive fréquemment trop tard pour le sauver. Dans quelques cas cependant, la transfusion a ranimé des lapins qui avaient déjà cessé de respirer. Si la transfusion est pratiquée au début du stade syncopal, on peut espérer voir la respiration se rétablir. On observe fréquemment alors au début de la transfusion une courte période d'*apnée* ou suspension des mouvements respiratoires.

Gad et Holovtschiner ont observé à différentes reprises le phénomène de la respiration périodique chez des chiens, qui avaient subi deux saignées dangereuses alternant avec une transfusion d'eau salée. Cette

respiration périodique, espèce de diminutif de la respiration de Cheyne-Stokes, s'accompagnait de larges oscillations vaso-motrices de la pression sanguine.

Les chirurgiens pourront mettre à profit le travail de Gad et Holovtschiner, tant au point de vue du pronostic que du traitement de l'anémie aiguë. LÉON FREDERICQ.

Beitrag zur Kenntniss der Einwirkung des Weingeistes auf den Respirationsprocess des Menschen (Action de l'alcool sur les phénomènes chimiques de la respiration), par N. ZUNTZ et BERDEZ (*Fortschritte der Medicin*, *p.* 1, 1887).

Les expériences ont été faites par Berdez sur lui-même. Chez l'homme à jeun, Berdez trouve que l'ingestion de 20 à 30 centimètres cubes d'alcool a pour effet d'augmenter le volume d'air respiré (9 0/0 en moyenne) et l'absorption d'oxygène (3. 5 0/0 en moyenne. Bodländer avait récemment trouvé que l'ingestion d'alcool diminue chez le lapin et le chien l'absorption respiratoire de l'oxygène. Dans les expériences de Wolfers faites sur le lapin et dans celles d'Henrijean faites sur l'homme, l'alcool avait au contraire exercé une action stimulante sur les combustions interstitielles. Henrijean consomme à jeun 233 centimètres cubes d'oxygène par minute, après ingestion de 35 à 88 grammes d'alcool, 278 centimètres cubes O ; et après ingestion de 120 à 170 grammes de pain, 290 centimètres cubes O. LÉON FREDERICQ.

Wie ist die Resorption der Luft aus der Pleurahöhle zu erklären ? (Comment expliquer la résorption de l'air de la cavité pleurale ?), par G. BUNGE (*Arch. f. Anat. u. Phys. Suppl.-Band*, *p.* 184, 1886).

Le bleu d'alizarine ou d'indophénol se décolore rapidement au contact du tissu pulmonaire comme l'a montré P. Ehrlich (*Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus.* Berlin, 1885). Cette expérience prouve que le tissu pulmonaire jouit de propriétés réductrices énergiques et absorbe avidement l'oxygène. La résorption de l'oxygène dans les cas de pneumothorax s'explique tout naturellement par cette propriété du tissu pulmonaire. L'azote qui reste après disparition de l'oxygène présente une tension voisine de celle d'une atmosphère. Comme la tension de l'azote du sang et des tissus ne dépasse pas quatre cinquièmes d'atmosphère, l'azote de la cavité pleurale devra, en vertu des lois de la diffusion, être absorbé par le sang jusqu'à équilibre de tension, c'est-à-dire jusqu'à disparition de l'azote de la cavité pleurale. L. F.

Contribution à l'étude de l'influence du cerveau sur la chaleur animale et sur la fièvre, par GIRARD (*Archiv. de phys.*, 1[er] *octobre* 1886).

Les expériences de l'auteur tendent à confirmer la loi établie par Aronsohn et Sachs. Les excitations mécaniques et électriques des hémisphères cérébraux, chez le lapin et chez le chien, ne sont pas suivies d'élévation de la température ; celles qui atteignent les corps striés provoquent au contraire de l'hyperthermie. La région calorigène est limitée à la partie médiane des corps striés. L'auteur n'admet pas que l'hyperthermie qui suit la lésion des corps striés soit synonyme de fièvre, mais il admet comme démontré que cette hyperthermie joue un rôle dans la pathogénie de la fièvre. A. GILBERT.

Ueber den Einfluss venöser Stauung auf die Harnmenge (Influence de la stase veineuse sur la quantité de l'urine), par J. PANETH (*Archiv für die gesammte Physiol., XXXIX, p.* 515).

Un grand nombre d'auteurs ont étudié l'influence de la stase veineuse sur la composition de l'urine, spécialement quant à la présence de l'albumine du sang, des cylindres urinaires. Peu de physiologistes, à l'exception de Ludwig, ont cherché les modifications de la quantité d'urine. Le présent travail comble cette lacune. Les expériences ont été exécutées sur des chiens. L'animal avait reçu la veille une abondante ration de viande. Il était morphiné ou chloroformé et ensuite curarisé. La pression artérielle était prise dans la carotide, après que l'on avait sectionné les deux pneumogastriques afin de régulariser la pression sanguine. On continuait à enregistrer la pression artérielle pendant toute la durée de l'expérience ; ce qui était rendu possible par l'emploi du sulfate de magnésie substitué au carbonate de soude comme liquide antihémostatique. Les uretères étaient mis à nu, sectionnés au voisinage de la vessie, garnis d'un ajutage en verre permettant de recueillir l'urine dans une éprouvette graduée. Pour produire la stase veineuse dans le rein sans abaisser la pression artérielle générale d'une manière notable, on exerçait une compression de la veine cave au-dessus de l'embouchure des veines rénales, au moyen d'un fil passé autour du vaisseau. Enfin, on opère de façon à ne pas déterminer la coagulation dans les veines rénales non plus que des hémorragies de l'organe.

La compression de la veine cave, en d'autres termes la stase veineuse a une action très sensible sur la sécrétion urinaire. La plus légère traction du lien amenait une diminution de la sécrétion, quelle que fût antérieurement l'activité sécrétoire et l'état de la pression artérielle. Le fait constant est donc la diminution de la sécrétion toutes les fois qu'il y a un obstacle à la circulation de retour. Cet effet appartient bien à la stase veineuse, car il se produit, quelque modification qu'ait éprouvée la pression artérielle, cette modification artérielle pouvant être nulle, ou très légère ou dans un sens ou un autre.

L'interprétation de ces expériences est favorable à la théorie d'Heidenhain plutôt qu'à celle de Ludwig, c'est-à-dire à l'idée que le rein fonctionne comme une véritable glande plutôt que comme un filtre. En effet, si l'on injecte un diurétique, le nitrate de potasse mélangé à une petite quantité d'hydrate de chloral et que l'on répète l'épreuve, elle a encore le même résultat. Ce n'est donc pas la dilatation veineuse qui constitue un obstacle mécanique à la sortie de l'urine, puisque, dans ce cas, la diurèse n'est pas empêchée, et que d'autre part, grâce à l'emploi de l'hydrate de chloral, il ne s'est pas produit d'augmentation de la pression artérielle.

DASTRE.

Ueber die Function der Niere im Fieber (Fonctions du rein dans la fièvre), par Walter MENDELSON (*Arch. f. path. An. u. Phys., C, Heft* 2, *p.* 274).

L'auteur, par une incision à la région lombaire faite à des chiens, amène au dehors le rein de l'animal. Il mesure le volume de l'organe au moyen de l'onkographe qui inscrit les variations de volume. Il provoque la fièvre

soit par des injections septiques, soit par tout autre moyen et constate que pendant la fièvre le volume du rein va en diminuant. Cette diminution est due à la contraction des vaisseaux du rein. Cette contraction ne se produit que par le fait d'un réflexe, l'auteur s'en assure en sectionnant aussi complètement que possible les nerfs se rendant au rein. Dans ce cas, les modifications de volume de l'organe sont insensibles. Pour savoir d'où part ce réflexe, l'auteur se demande s'il est d'origine centrale ou périphérique. Il place les carotides de ses animaux sur l'appareil de Goldstein, constitué par une gouttière à double fond dans la cavité de laquelle il fait passer de l'eau chaude. On élève ainsi la température du sang qui se rend au cerveau; l'auteur constate alors que les phénomènes de contraction du rein se produisent tout comme si l'élévation de température était générale. Il en conclut que le réflexe est d'origine cérébrale et que c'est l'élévation de la température du cerveau qui détermine la contraction des vaisseaux du rein et la diminution de volume de cet organe. Ce mémoire a été publié presque sous la même forme dans *l'American Journal of the medical sciences* (octobre 1883). P. GALLOIS.

Recherches expérimentales sur la réfrigération des mammifères, par E. MEYER (*Thèse de doctorat, Lille* 1886).

Dans la réfrigération artificielle, l'intensité des combustions respiratoires, étudiée par l'analyse des gaz du sang, diffère suivant que l'animal a son système nerveux moteur intact ou paralysé par le curare. Dans le premier cas, les combustions augmentent avec l'abaissement de la température, jusqu'à une température de l'animal égale à environ 25° et diminuent à partir de ce moment avec la température. Dans le deuxième cas, les combustions respiratoires augmentent et diminuent avec la température comme dans un muscle détaché du corps.

L'excitabilité nerveuse est diminuée. La période d'excitation latente est plus longue. Relativement à l'innervation du cœur, Meyer a constaté qu'une excitation du pneumogastrique qui déterminerait un arrêt du cœur chez l'animal normal ne produit, chez l'animal refroidi, qu'un ralentissement à peine marqué, ou même reste sans effet.

Enfin la réfrigération, après section de la moelle cervicale, facilite le retour des réflexes et rend leur généralisation possible. A. NICOLAS.

Ueber die percutane Injection von Flüssigkeiten in die Trachea, deren Verbreitung in der Lunge und Wirkung auf Lunge und Gesammtorganismus (Sur l'injection percutanée de liquides dans la trachée, sa répartition dans le poumon et son influence sur le poumon et l'organisme), par Ernst SCHRWALD (*D. Arch. f. klin. Med. Band XXXIX, p.* 162).

L'auteur a expérimenté sur des chiens. Il leur injectait des liquides dans la trachée à l'aide d'une seringue de Pravaz, dont la canule avait été introduite à travers la peau. Il a constaté de nouveau ce fait bien connu en physiologie, qu'on peut faire absorber par le parenchyme pulmonaire des quantités considérables de liquide. L'injection de 10 à 25 grammes est à peu près indifférente ; 100 grammes sont bien supportés. Par l'accoutumance et l'anesthésie on peut atteindre 775 grammes. On peut considérer comme indifférentes les solutions antiseptiques suivantes : sublimé à 1 0/00; acide borique à 5 0/0; acide salicylique à

1 0/0. Les solutions ainsi injectées pénètrent non seulement dans les alvéoles, mais dans le tissu péribronchique et même dans le tissu cartilagineux dépourvu de vaisseaux. Il se fait ainsi une imbibition complète susceptible d'être utilisée en thérapeutique.

La situation dans laquelle se trouvent maintenus les chiens en expérience, présente une grande influence sur la répartition des solutions injectées : c'est ainsi que 10 grammes de liquide, injecté à un chien maintenu dans une position verticale, n'atteignent pas le sommet du poumon. La répartition du liquide introduit dans la trachée est modifiée par un changement d'attitude. A. MATHIEU.

Du sort des globules rouges dans la transfusion du sang défibriné, par G. BIZZOZERO et C. SANQUIRICO (*Arch. ital. di Biol., t. VII, fasc. 2, p.* 279).

Ce travail vise un mémoire de G. Hayem dans lequel cet auteur a montré 1° que les globules du sang défibriné, injectés dans le système circulatoire sont destinés à une mort certaine et jouent le rôle de véritables corps étrangers ; 2° qu'il est préférable d'injecter une solution saline n'altérant pas les hématies de l'individu anémié.

Pour répondre à l'opinion de G. Hayem, acceptée du reste par Von Ott, Bizzozero, dans une première série d'expériences, retire la moitié du sang artériel d'un chien vigoureux et la remplace par une quantité équivalente de sang défibriné, prise à un animal de même espèce.

Le nombre des globules rouges et le dosage de l'hémoglobine auraient montré, dans ces cas, que si une certaine partie des globules injectés est détruite, le plus grand nombre est conservé, ainsi qu'il s'en serait assuré par la numération des hématies, et l'examen cytométrique du sang après l'injection.

En second lieu, Bizzozero enleva à un chien la moitié de son sang, puis la lui injecta après l'avoir défibriné.

Il répéta, coup sur coup, cinq fois cette opération, et néanmoins il aurait constaté que le nombre des hématies, bien qu'inférieur à celui qui existe à l'état normal, n'était pas aussi diminué que le dit G. Hayem.

Malheureusement, les expériences de Hayem, auxquelles les auteurs font allusion, ont consisté, non pas à anémier les animaux, mais à les saigner jusqu'à mort imminente. C'est dans ces dernières conditions seules que Hayem a mis en évidence la différence entre le sang complet et le sang défibriné.

Les expériences faites par Bizzozero et Sanquirico correspondent à celles dans lesquelles Hayem a fait voir que la transfusoin faite avec le propre sang défibriné de l'animal était suivie d'anémie. Elles sont donc, au contraire, confirmatives de celles du professeur français, tout en étant moins complètes. C. GIRAUDEAU.

Kritisches und Experimentelles über lebenrettende Infusionen von Kochsalzlösung bei Hunden (Étude critique et expérimentale sur les effets salutaires de l'injection d'eau salée chez le chien après une hémorragie mortelle), par H. KRONECKER (*Correspondenz-Blatt für schweiz. Aerzte*, 1886).

H. Kronecker et J. Sander en Allemagne, Jolyet et Laffont en France, ont presque en même temps préconisé les injections d'eau salée dans le système circulatoire, comme moyen de rappeler à la vie les animaux sur

le point de périr d'hémorragie. Dans le présent travail, Kronecker réfute les objections qui ont été faites à la méthode qu'il a préconisée. Les insuccès enregistrés par quelques expérimentateurs s'expliqueraient par les conditions défectueuses dans lesquelles ils ont opéré (injection sous pression trop forte de liquides trop alcalins). Kronecker considère les injections d'eau salée (0,73 0/0 NaCl sans addition de soude) comme supérieures à la transfusion de sang défibriné, dans tous les cas de pratique chirurgicale où l'on se trouve en présence de patients ayant subi des hémorragies pouvant mettre la vie en danger.

Il propose d'injecter cette solution dans une veine du bras ou du cou, au moyen d'une canule reliée à un flacon de Mariotte. Il est indispensable d'injecter l'eau salée sous une faible pression, de manière à n'en faire pénétrer que 5 à 10 centimètres cubes par seconde. Pendant l'injection, on masse énergiquement tout le corps, notamment les viscères abdominaux, de manière à faire circuler partout les restes de sang mélangés au véhicule injecté.

Il vaut mieux injecter un excès d'eau salée que de s'exposer à en introduire trop peu : l'excès de solution est rapidement éliminé par le rein. Dans tous les cas, il ne faut retirer la canule veineuse que lorsque la pression sanguine (évaluée au pouls) s'est relevée d'une façon durable.

Kronecker recommande de désinfecter le flacon de Mariotte, les tubes et canules, au moyen de solutions de sublimé (à 1 0/0 et 1 0/00) et d'employer de l'eau stérilisée par l'ébullition pour constituer le liquide d'injection. LÉON FREDERICQ.

Die Regelung der Salzmengen des Blutes (La régulation de la proportion des sels dans le sang), par St. KLIKOWICZ (*Arch. f. Anat. u. Phys., p.* 518, 1886).

Les substances étrangères introduites en solution dans le plasma sanguin n'y font qu'un séjour de très courte durée. Klikowicz a cherché à déterminer de quelle façon ces substances disparaissent du sang. Il injecte dans la veine jugulaire du chien une solution à 10 0/0 de Na^2SO^4, en quantité telle, qu'il introduit 0gr,6 du sel par kilogramme d'animal (environ 1 gramme pour 100 parties de sang). Le sang du chien est analysé : 1° immédiatement avant l'injection; 2° deux minutes après l'injection et 3° une heure après l'injection. Chaque analyse comprend : 1° la détermination des matières albuminoïdes, et 2° celle de Na^2SO^4 contenu : *a*) dans le sérum; *b*) dans les globules isolés, et *c*) dans le sang en totalité. L'urine est recueillie et analysée. Il est facile au moyen de ces données de calculer pour chaque portion de sang la proportion relative de globules et de sérum, le degré de dilution ou de concentration des matériaux solides, l'augmentation ou la diminution de la proportion d'eau, des globules et du sérum, la proportion de Na^2SO^4. On peut suivre au moyen de ces éléments les phénomènes endosmotiques qui s'établissent à travers la paroi des capillaires entre le liquide sanguin et les humeurs interstitielles des tissus.

Les analyses de sang faites deux minutes après l'injection de Na^2SO^4 ont montré que la plus grande partie de ce sel était déjà sortie des vaisseaux et avait passé dans les tissus. Par contre, un volume d'eau (ou de liquide sans albumine) très considérable parcourt le même chemin, mais

en sens inverse et passe des tissus dans le sang à travers la paroi des capillaires.

Puis la secrétion rénale augmente d'activité : le sang se débarrasse par cette voie du Na^2SO^4 qu'il contient encore et d'une partie de l'eau en excès. A mesure que Na^2SO^4 est enlevé au sang par le rein, les portions de ce sel qui s'étaient répandues dans les tissus sont graduellement résorbées par le sang et éliminées par le rein. Mais une notable partie de l'eau résorbée par le sang pendant les premières minutes qui suivent l'injection de Na^2SO^4 n'est pas éliminée par le rein et retourne à travers la paroi des capillaires dans les interstices des tissus d'où elle était partie.

Il se fait donc un double échange d'eau et de sels entre les tissus et le sang; l'eau et les sels cheminent en sens inverse et la direction des deux courants se renverse elle-même à un certain moment.

Il se passe à l'intérieur même du sang des phénomènes analogues d'échange entre les globules rouges et le liquide sanguin.

Klikowicz a fait quelques expériences analogues au moyen d'injections de chlorure de sodium et de phosphate de sodium. Les résultats ont été les mêmes. LÉON FREDERICQ.

Giebt es im gesunden lebenden Organismus Faülnisskeime? (L'organisme vivant renferme-t-il des germes infectieux?), par ZWEIFEL (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

L'auteur a fait les expériences suivantes : Du sang artériel ou veineux est conservé sur le mercure dans des tubes désinfectés; il ne s'altère pas. Des cœurs, fraîchement enlevés et conservés de même, entrent en putréfaction. Si l'on fait pénétrer de l'air dans le sang ainsi conservé, la décomposition n'a pas lieu, mais elle se montre immédiatement si l'on y fait pénétrer de l'eau. Si l'on retire l'oxygène du sang, la décomposition se produit ; si l'on met les morceaux de muscle cardiaque dans une atmosphère d'oxygène, ils ne se décomposent pas : cette expérience a réussi 17 fois et n'a manqué que deux fois. L'auteur rappelle les expériences d'Hauser, qui montrent que la viande conservée dans des tubes de verre ne se putréfie pas si ces tubes sont parfaitement secs. L'introduction d'eau a constamment déterminé la putréfaction dans les expériences de l'auteur; tandis que, dans les expériences analogues d'Hauser, la putréfaction ne s'est produite que dans un tiers des cas. L'explication de cette différence réside dans les différences de température : Hauser opérait à 32°; Zweifel à la température du sang. A 26° l'auteur a vu les deux tiers des verres rester clairs. Les verres qui étaient restés longtemps clairs se troublaient immédiatement si l'on portait la température à 38°, par suite du développement de coccus. Il y aurait donc une variété de coccus qui ne se développerait qu'à la température du corps. De là l'importance pratique de l'abaissement de la température par la vessie de glace dans les laparotomies et les suites de couches. L'auteur a vu les coccus se développer même en employant l'eau stérilisée et l'occlusion avec le mercure.

Genzmer rappelle l'observation de Ranke constatant la présence de bacilles sous le bandage de Lister dans des plaies à guérison idéale. Le parasite peut se développer dans le corps sans nuire, si la résistance de

l'organisme est suffisante, il ne devient dangereux que dans le cas contraire. H. DE BRINON.

Chronische durch Mikrokokken erzeugte Eiterung (Suppuration chronique produite par des microcoques chez le cobaye), par C.-J. EBERTH (*Arch. f. path. An. u. Phys. C., Heft* 1, *p.* 15.)

En faisant l'autopsie d'un cochon d'Inde, Eberth a trouvé, dans le foie, la rate, le poumon et divers ganglions, des masses d'apparence tuberculeuse. Au microscope, la lésion ressemble également à du tubercule. En colorant au point de vue spécial des microbes, il a rencontré non pas le bacille de Koch, mais des amas de microcoques. Dans les lésions du foie beaucoup plus anciennes, ces masses de microcoques se coloraient mal, par contre, dans le poumon où les lésions étaient récentes et provenaient d'embolies microbiennes parties du foie, les microcoques se coloraient beaucoup mieux. Ces microcoques peuvent se rencontrer isolés ou groupés en chaînettes. L'auteur n'a pas encore fait assez de cultures et d'inoculations pour avoir des résultats à publier. Il tenait surtout à apporter un nouveau fait de lésions pseudotuberculeuses chez le cobaye. P. GALLOIS.

I. — Ueber einen Bacterienbefund bei Meningitis cerebrospinalis (Le véritable microbe de la pneumonie retrouvé dans un cas de méningite cérébrospinale), par A. FRÆNKEL (*Berl. klin. Woch., p.* 366, 380 *et* 396, *mai et juin* 1886).

II. — Weitere Beiträge zur Lehre von den Micrococcen (Nouvelles recherches sur les microcoques de la pneumonie), par FRÆNKEL (*Zeitschr. f. klin. Medic. Band XI, Heft* 5 *et* 6, *p.* 436-459, 1886).

III. — Sur la pneumonie expérimentale produite par la culture des microcoques provenant de crachats d'individus ayant les organes respiratoires normaux, par PANE (*Rivista clin. e terapeut., avril* 1886).

I-II. — Frænkel a isolé un micro-organisme qu'il regarde comme pathogène de la pneumonie et qui possède les particularités distinctives suivantes, bien différentes de celles du micro-organisme de Friedländer :

1° Il est d'une culture extrêmement délicate et ne se développe pas sur la gélatine à la température de la pièce.

Il a besoin d'une température minimum de 27 à 28° C., et celle qui lui convient le mieux est 35°. Ce micro-organisme forme à la surface des différents sols à la fois solides et transparents (agar, sérum sanguin de bœuf) un fin revêtement translucide ; sous un faible grossissement, il apparaît comme une goutte de rosée.

2° Son cycle de développement est extrêmement rapide ; au bout de 4 ou 5 jours les cultures meurent.

3° L'oxygène atmosphérique semble diminuer l'énergie de sa végétation, car à la surface du sol le micro-organisme croît moins vigoureusement qu'à son intérieur.

4° C'est un diplocoque ovalaire se réunissant souvent en chaînes et affectant une ressemblance de forme indéniable avec une lancette (Frænkel pense que c'est le même micro-organisme décrit par Talamon et par Salvioli).

5° Contrairement au micro-organisme de Friedländer, il est extrême-

ment virulent pour les lapins qu'il tue en 24 ou 48 heures, lorsqu'on en inocule une faible quantité sous la peau. Le sang des animaux inoculés regorge littéralement des diplocoques caractéristiques; leur rate en outre est considérablement hypertrophiée. Lorsqu'au contraire les produits de culture sont injectés directement dans le poumon, les lapins présentent ordinairement une pleurésie et une péricardite fibrineuses; leurs poumons sont tantôt intacts, tantôt hépatisés sur une plus ou moins grande étendue et offrent alors, comme chez l'homme, une surface grenue et une coloration rouge brun.

6° Il est extrêmement facile de le rendre inoffensif, de le dépouiller de sa virulence. Il suffit pour cela d'exposer les cultures pendant 24 heures à la température de 42°, ou durant 5 jours à celle de 41°. Si on a soumis moins longtemps les cultures à l'action des hautes températures, de façon à en atténuer simplement la virulence, on observe un remarquable changement dans leurs propriétés pathogènes. Les lapins auxquels on inocule ces produits atténués sous la peau ne succombent qu'au bout de plusieurs jours et l'on constate les mêmes inflammations sérofibrineuses des séreuses thoraciques, avec ou sans hépatisation, que si l'injection avait été pratiquée directement dans la poitrine. Un autre procédé, pour atténuer la virulence de ces micro-organismes est analogue à celui de Pasteur pour le microbe du choléra des poules; il suffit d'attendre à la dernière limite pour renouveler les cultures, et de ne les transporter sur un sol nourricier neuf que peu avant qu'elles meurent.

Frænkel a retrouvé le même organisme dans d'autres affections offrant un rapport intime avec la pneumonie : dans un cas de pleuropneumonie et dans le pus de deux pleurésies consécutives à une pneumonie : chez les deux derniers malades le micro-organisme en lancette se trouvait pur de toute autre bactérie. N'est-il pas remarquable que Leyden (*Deutsche med. Woch*, 1885, n° 31, p. 547) ait précisément signalé que la pleurésie purulente des pneumoniques se distingue par la fluidité de l'épanchement et sa tendance à la résorption.

Frænkel a également reconnu la présence du nouveau micro-organisme dans le pus de la pie-mère d'un malade ayant en même temps une méningite cérébrospinale et une pneumonie, sans qu'on ait pu savoir laquelle de ces deux affections avait débuté la première. Dans ce dernier cas encore, le micro-organisme existait pur de tout mélange avec d'autres bactéries.

Dans toutes ces circonstances, les résultats des inoculations sont venus confirmer l'identité de ces micro-organismes avec ceux de la pneumonie, en provoquant les mêmes accidents septicémiques. Toutefois Frænkel n'a pas réussi à produire une méningite avec les cultures du pus de la piemère.

J. B.

III. — L'examen des crachats d'individus guéris d'une pneumonie récente, montre que ces crachats renferment des microcoques capsulés, impossibles à distinguer de ceux décrits par Friedländer. Le fait avait été déjà signalé par Friedländer qui avait cru trouver dans la difficulté de la coloration des capsules de ces microcoques un caractère diagnostique important. Pane n'admet pas cette distinction. Il a pu cultiver dans la gélatine des microcoques provenant des crachats d'individus ayant les organes respiratoires parfaitement sains. Ces micro-organismes se pré-

sentent sous la forme de corps ovales ou elliptiques, le plus souvent réunis deux à deux (diplocoques) moins souvent isolés ou en chaînettes de 3 à 4. Leur longueur est de 1 millième de millimètre. Ils paraissent enfermés dans une capsule. Ils sont en tous points semblables à ceux des crachats de pneumoniques.

Les recherches sur l'action pathogénique de ces micro-organismes ont été faites sur 10 lapins. 4 ont été inoculés avec de la gélatine dans le tissu sous-cutané de la région dorsale; les 6 autres dans la cavité thoracique droite. Aucun des 4 premiers n'a succombé. Tous ont présenté les symptômes morbides graves dans les 24 ou 48 heures qui ont suivi l'inoculation. 3 ont été sacrifiés et ont présenté des foyers de pneumonie à divers degrés (engorgement, hépatisation rouge et grise).

Des lapins inoculés dans la cavité thoracique, 4 sont morts spontanément. La mort est survenue de 12 à 24 heures après l'inoculation. A l'autopsie, l'auteur a trouvé de la pneumonie double au stade d'hépatisation rouge et d'engorgement. Deux fois, il y eut pleurésie sérofibrineuse droite; une fois de la néphrite aiguë, divers organes (rein, foie, poumon), présentaient les microcoques semblables à ceux inoculés. RICHARDIÈRE.

Ueber einen neuen Mikrococcus als pathogenes Agens bei infectiösen Tumoren. Seine Beziehungen zur Pneumonie (**Sur un nouveau micrococcus comme agent pathogène de tumeurs infectieuses. Ses rapports avec la pneumonie**), **par MANFREDI** (*Fortschritte der Medicin*, n° 22, 1886).

Cherchant à savoir si, dans la pneumonie rubéolique, l'agent pathogène était bien le même micrococcus que Friedländer à décrit dans la pneumonie franche, l'auteur a été conduit à relever les faits suivants : Dans deux cas, il constata la présence dans les crachats, à côté du pneumococcus classique, d'un nouveau micro-organisme, qui se présentait sous la forme d'un micrococcus ovoïde, le plus souvent d'un diplococcus de de 0,5 μ de longueur environ. Il se développe sur presque tous les milieux de culture connus, mais beaucoup plus rapidement au contact de l'air, qu'en vase clos.

Sur la gélatine solidifiée, les colonies qu'il fonde prennent l'apparence d'une petite tache d'abord mince, et de coloration bleuâtre, qui s'épaissit, forme à la circonférence des saillies et des dépressions, et prend une coloration gris perle avec reflets nacrés à la surface.

Voici quels sont les résultats curieux obtenus par l'auteur au moyen de nombreuses inoculations (elles sont au nombre de 80) qu'il a faites sur des animaux (chiens, lapins, cobayes, souris) : l'animal inoculé meurt au bout de sept à douze jours ; il présente un gonflement énorme de la rate, des ganglions lymphatiques ; dans ces divers organes on trouve une grande quantité de petits nodules gris ou gris jaunâtre, disséminés dans leur épaisseur; on les retrouve également dans les poumons, en même temps que des lésions plus ou moins accusées de pneumonie, lors même que les inoculations ont été faites dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces nodules appartiennent au type des granulomes ou tumeurs infectieuses granuleuses ; ce sont des amas de cellules embryonnaires, sans formation de vaisseaux, le plus souvent disposées sous forme de nodules bien limités, mais disséminées quelquefois aussi dans l'épaisseur des

parenchymes ; l'évolution habituelle de ces néoformations est d'aboutir à la caséification qui commence par le centre du néoplasme. On retrouve toujours et exclusivement, dans leur intérieur, le micro-organisme spécifique, dont l'existence est surtout intracellulaire, et qui semble déterminer la nécrose caséeuse des cellules ; il s'agit surtout en effet des modifications chimiques de celles-ci, tandis que les parties voisines, restées saines, réagissent plus ou moins vivement.

C'est surtout par le système lymphatique que se fait la propagation de l'agent infectieux. En effet, si on pratique une inoculation sous le tissu cellulaire, on voit se former un gros noyau à tendance caséeuse, puis les vaisseaux lymphatiques se prennent et de nouveau se forment sur leur parcours de petits noyaux secondaires, bientôt les ganglions lymphatiques sont atteints à leur tour et forment de véritables tumeurs souvent très volumineuses, puis les ganglions abdominaux, puis la rate se prennent également, en dernier lieu le foie, et enfin les organes thoraciques.

Ce micro-organisme possède une si grande résistance que d'anciennes cultures ou de petites parcelles de nodules caséeux desséchés ont, après longtemps, présenté une virulence extrême.

Des inoculations faites en séries successives n'ont pas semblé prouver que le pouvoir infectieux s'atténuât par passage successif d'nn animal à un autre.

L'auteur n'a fait jusqu'à présent que des recherches expérimentales au moyen de crachats de pneumonies morbilleuses ; les autopsies des deux malades qui ont servi de sujets à ses recherches n'ont pu être faites ; il y a donc là encore bien quelque désidérata pour que l'existence du « micrococcus des lymphomes ou granulomes progressifs », ainsi qu'il l'appelle, soit définitivement établie. W. ŒTTINGER.

Bacteriologische Untersuchungen über die Pneumonie und pneumonische Metastasen (Recherches bactériologiques sur la pneumonie et les métastases pneumoniques), par SENGER (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 389).

Senger rend compte des résultats de ses recherches bactériologiques qui ont porté sur tous les cas de pneumonie, au nombre de 65, admis en traitement à l'hôpital de Breslau depuis le mois d'octobre 1884 jusque vers le milieu de l'année suivante. Il résulte de ces recherches qu'on trouve toujours des coccus dans les foyers pneumoniques, et que ces coccus appartiennent à cinq espèces différentes, dont deux représentent des micro-organismes dépourvus de toute activité pathogène. Des trois autres variétés, celle qui parait être l'organisme pathogène de la pneumonie présente les caractères suivants : forme ovalaire, quelquefois arrondie ; les cultures ont tantôt l'aspect d'un gazon grisâtre, tantôt celui de demi-sphères ; elles se développent surtout avec exubérance à la température de 20 à 22° R, dans la gélatine et dans la glucose. Quand les ensemencements sont faits dans des verres à réactif, la culture se développe en forme de clou, de la façon la plus nette. Ce coccus est anaérobie.

L'étude des foyers métastatiques a démontré, d'autre part, que ceux-ci reconnaissent pour cause de leur développement la présence du coccus

pathogène de la pneumonie, et que l'examen bactériologique de ces foyers métastatiques (méningite, endocardite, néphrite, péricardite, pleurésie, etc.,) donne des résultats pouvant servir de contrôle à l'appréciation de la signification pathogène des coccus qu'on trouve dans les foyers pneumoniques. E. RICKLIN.

Sur la culture du microbe de la tuberculose, par NOCARD et ROUX (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 11 *décembre* 1886).

Les auteurs ont trouvé que la glycérine favorise le développement du bacille de la tuberculose. Ce bacille présente une végétation abondante quand on ajoute de la glycérine aux bouillons de culture préparés à la façon ordinaire ou solidifiés par la gélose. La gélose glycérinée permet de faire des cultures en plaques aussi facilement qu'avec les autres microbes. Les cultures obtenues dans ces différents milieux ont été soumises au contrôle de l'inoculation, et les animaux inoculés sont devenus tuberculeux aussi aisément et aussi rapidement qu'avec les cultures obtenues sur le sérum pur ou la peptone. F. H.

I. — Culture du bacille typhogène retiré des organes et des fèces, par A.-J. VILTCHÜR (*Vratch*, *n°* 25, 1886).

II. — 4 cas de fièvre typhoïde ; cultures du bacille, par STROGANOFF (*C. R. de la Soc. méd. d'Odessa*, *n°* 16, 1885).

III. — Micro-organisme de la fièvre typhoïde, par MIRLES (*Inaug. Diss. Saint-Pétersbourg*, 1886).

I. — Viltchür a fait plus de deux cents cultures avec le liquide retiré d'organes de typhiques ou des fèces ; il insiste sur la difficulté d'isoler ce bacille des autres micro-organismes. Suivant le mode de culture sur la peptone à l'agar-agar, sur la gelée de viande ou la pomme de terre, on obtient d'assez grandes variations dans la longueur ou le diamètre des éléments. La coloration la plus parfaite est obtenue avec les solutions de rubine dans l'eau d'aniline. Viltchür indique les procédés minutieux qui lui ont permis d'obtenir ses cultures aussi pures que possible.

II. — Stroganoff a cultivé sur la gélatine et la pomme de terre le bacille pris dans les plaques de Peyer. Ses résultats diffèrent de ceux de Gaffky. Une culture pure est, après 48 heures, transformée en colonie d'éléments ronds et ovoïdes et les bâtonnets d'Eberth disparaissent. Ces cultures gardées dans le thermostat à 37°, on voit apparaître après 24 heures les bâtonnets parmi les corps ovoïdes, et après 40 heures ils sont de beaucoup les plus nombreux. Pour Stroganoff, les corps sphériques de Letzerich, les corpuscules ovoïdes de Coze et Feltz sont des formes intermédiaires du microbe typhogène.

III. — Mirles a trouvé le bacille d'Eberth dans tous les cas de fièvre typhoïde ; on le rencontre dans les villosités, les capillaires, les tuniques musculaires et les glandes de l'intestin. 12 fois sur 14 cas, il l'a trouvé dans les ganglions mésentériques. Toujours il existait dans la rate, formant quelquefois de larges colonies. Une fois il a été rencontré dans le cerveau ; 8 fois (sur 14) dans le foie, 7 fois, dans le poumon, 5 fois dans le rein. Mirles est disposé à admettre une relation entre le plus ou moins grand nombre de microbes et l'intensité des symptômes ; l'as-

thénie cardiaque précoce serait due à la présence de colonies dans les parois des capillaires cardiaques. A. C.

Ueber Infektionsversuche mit Typhusbacillen (Essais d'inoculation avec les bacilles typhiques), par BAUMGARTEN (*Cent. f. klin. Med*, *p.* 57, 1887).

Baumgarten expose brièvement, et surtout au point de vue de la priorité, les résultats obtenus sous sa direction par un de ses élèves, le Dr Wolffowicz. Les bacilles typhiques ne prolifèrent pas dans l'organisme des lapins, cobayes et souris, et ne peuvent donc, pour ces animaux, être considérés comme pathogènes. Les cultures sur gélatine ou pomme de terre ne paraissent pas non plus contenir des produits toxiques, car des quantités notables (2 à 3 seringues de Pravaz) de dilution n'ont donné aucun résultat constant après inoculation intraveineuse ou intrapéritonéale. A. CHAUFFARD.

Das Verhältniss des Erysipels zur Phlegmone (Les relations de l'érysipèle et du phlegmon), par HAJEK (*Soc. des méd. de Vienne*, 5 *novembre* 1886).

Faut-il admettre les distinctions qu'établit Rosenbach entre le streptococcus de l'érysipèle et celui du phlegmon ?

L'auteur a inoculé par injection sous-cutanée les cultures d'érysipelcoccus : dans 15 cas il a obtenu un véritable érysipèle ; dans 3 cas, il a produit de la rougeur et un gonflement étendu ; dans 2 cas, il a déterminé après l'érysipèle des nodules circonscrits qui ont suppuré. Il a inoculé 10 autres lapins en piquant simplement la peau ; il a obtenu 7 fois l'érysipèle sans gonflement et 3 lapins ont été réfractaires.

Avec le streptococcus pyogène il a pratiqué des inoculations sous-cutanées chez 17 lapins dont 10 ont eu un véritable phlegmon suppuré et 7 du gonflement phlegmoneux sans suppuration ; sur 4 lapins simplement piqués, il y a eu 2 fois érysipèle avec gonflement considérable, 1 fois érysipèle avec suppuration.

Les deux microbes ont donc des effets distincts ; les inoculations simplement cutanées produisent d'un côté l'érysipèle sans tuméfaction, de l'autre l'érysipèle avec tuméfaction considérable. Quant aux injections sous la peau, leurs effets sont absolument dissemblables.

Du reste l'auteur a constaté l'érysipelcoccus spécialement dans les lymphatiques et très rarement dans le tissu conjonctif, tandis que le streptococcus pyogène se trouve partout : dans le tissu conjonctif, dans les lymphatiques et même dans les vaisseaux sanguins, dans tous les éléments qui constituent les tissus cutanés et sous-cutanés.

L'érysipelcoccus envahit parfois les viscères. On le trouvera probablement dans le poumon, les séreuses, les méninges. L'auteur l'a trouvé dans la plèvre chez un sujet atteint de pleurésie dans le cours d'un érysipèle de la face, et le microbe emprunté à la plèvre a produit chez les lapins de véritables érysipèles. L. GALLIARD.

Prima comunicazione di alcune ricerche sullo streptococco del erisipela, par P. FERRARO (*Il Morgagni*, *juin* 1886).

L'auteur a cultivé le streptococcus de l'érysipèle. Ce microbe croît lentement sur la gélatine nutritive de Koch, à la température ordinaire et y

forme une colonie blanchâtre; mais il se développe rapidement dans le bouillon et sur le sérum sanguin à 37°. Le microbe cultivé, injecté sous la peau d'un lapin, produit une inflammation érysipélateuse qui s'étend de proche en proche et est accompagnée de fièvre; mais le lapin guérit au bout de quelques jours. Le streptoccus desséché conserve encore sa virulence au bout de 52 jours. Ce fait explique comment l'érysipèle peut se manifester chez des individus qui n'ont pas eu de rapports directs avec des érysipélateux. Le microbe est tué par des solutions aqueuses d'acide phénique à 2,5 et à 5 0/0, et par des solutions de sublimé à 1 ou 2 0/00 agissant pendant cinq minutes au plus. F. H.

Ueber Streptokokken im Blut bei Erysipelas (Des streptocoques présents dans le sang de l'érysipèle), par von NOORDEN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, *p.* 331, 17 *mai* 1886).

Von Noorden a découvert dans le sang et dans le pus d'une gaine tendineuse enflammée, outre des bactéries de putréfaction, de grandes quantités de streptocoques. Restait à savoir si l'on avait affaire au streptocoque de Fehleisen, spécifique de l'érysipèle, et qu'on aurait ainsi trouvé pour la première fois dans le sang, ou bien au streptocoque pyogène, ou à celui de la diphtérie, de Lœffler, qui paraît identique lui-même au streptocoque pyogène.

Or, les cultures de ce micro-organisme ne se distinguent, ni à l'œil nu ni au microscope, de celles du streptocoque de Fehleisen. D'autre part, en l'inoculant à l'oreille, chez les animaux, il a provoqué un processus érysipélateux dans lequel on reconnaissait les mêmes streptocoques, non au voisinage immédiat du point inoculé, mais assez loin et dans les couches superficielles de la peau. Dans les espaces lymphatiques profonds entourant le cartilage auriculaire, il n'y avait pas d'organisme non plus que dans les vaisseaux sanguins de l'oreille, ni dans les organes internes et dans le sang.

Jamais ces inoculations ne déterminèrent de la suppuration. Mais un animal succomba 36 heures après l'inoculation à l'oreille, sans avoir eu de symptômes locaux, grâce à une infection générale démontrée, parce que le sang et tous les viscères étaient remplis de streptocoques.

En définitive, Von Noorden n'ose décider s'il s'agit d'un nouveau micrococque ou d'un déjà connu; en tout cas, par ses qualités pathologiques, il forme un anneau de transition entre le streptocoque de l'érysipèle et le streptocoque pyogène. J. B.

Bacterioscopische Untersuchungen von serösen Trans-und Exsudaten und von Atheromen (Recherches bactérioscopiques sur les transsudats et exsudats séreux et sur les kystes sébacés), par GARRÉ (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 17, *p.* 473, 1er *septembre* 1886).

Garré a borné ses recherches aux épanchements de sérosité reconnaissant directement ou indirectement une origine infectieuse.

1° *Hydrocèle*. Au lieu de pratiquer l'examen direct du liquide, procédé de recherches peu sûr à cause des coagulations albumineuses, il l'a transporté sur divers sols nourriciers stérilisés qu'il maintenait à la température du corps. Sept liquides différents dont trois d'origine in-

fectieuse (blennorragie ou syphilis) ne lui ont révélé aucune bactérie. Dans les recherches suivantes, il a procédé de la même façon.

2° et 3° *Ascite tuberculeuse* et *arthrite tuberculeuse* du genou. Dans un cas de chacune de ces affections, il n'a trouvé dans le liquide, ni bactéries ni spores.

4° et 5° Il en a été de même pour trois cas de *pleurésie séreuse* et pour deux cas d'*arthrites rhumatismales* aiguës.

6° Même résultat négatif pour les phlyctènes épidermiques à contenu séreux de l'érysipèle des brûlures ou de causes traumatiques (pression des souliers, par exemple).

Cependant le liquide des phlyctènes comme celui de l'hydrocèle constitue un excellent milieu pour la culture des bactéries.

7° Tandis que les comédons contiennent constamment de très fines bactéries et de nombreux bacilles, dans quatre cas de kystes sébacés il n'a rencontré aucun micro-organisme, contrairement à Poncet (*R. S. M.*, XXIX, 236) qui déclare y avoir toujours trouvé des microcoques très petits. Garré croit que ce dernier observateur a pris pour des micro-organismes des éléments finement granuleux que l'aniline teint comme eux, mais qui s'en distinguent par leurs formes variables et leurs contours anguleux. J. B.

Le micro-organisme de la variole, par DE RENZI et MAROTTA (*Rivista clinica e terapeutica, mars* 1886).

L'examen microscopique du liquide contenu dans les vésicules et dans les pustules varioliques, montre une quantité considérable de micro-organismes, sous forme de microcoques, disposés en zoogloées, qui se colorent bien par le violet de gentiane.

Ces microcoques se rencontrent d'une manière constante. Ils se cultivent facilement dans la gélatine alcalinisée et dans le sérum du sang. Ils y forment, au bout de 2 à 5 jours, des points opaques irréguliers, de couleur jaune d'ocre, qui grossissent lentement en formant une chaînette le long du fil de platine. On voit à la surface du liquide de culture une couche mince, de couleur jaune d'ocre, d'une épaisseur de 2 à 10 millimètres. La colonie de microbes arrive à son parfait développement entre 7 et 10 jours.

L'inoculation de la culture produit chez le veau, au point inoculé, des pustules vaccinales typiques. Une seule inoculation sur sept a été infructueuse. RICHARDIÈRE.

The œtiology of foot and mouth disease (L'étiologie de la cocote), par E. KLEIN (*The Lancet, 2 janvier* 1886).

L'auteur prétend avoir découvert et cultivé le micro-organisme pathogène de cette affection ; il s'agirait d'un microcoque, lequel se rencontre dans les vésicules des animaux malades, disposé en points doubles et en chaînettes. Ensemencé dans le sérum solidifié, dans l'agar-agar ou dans la gélatine nutritive, il se développe sous forme de granulations, de gouttelettes agminées, sèches, blanchâtres et transparentes; sa croissance est d'une lenteur extrême; la culture ne commence à devenir visible qu'au bout de six ou huit jours sur la gélatine à 22° centigrade;

même au bout de plusieurs mois elle ne prend jamais un grand développement. Dans ces cultures, le microcoque forme de très belles chaînettes de trente éléments et plus; il se développe aussi fort bien dans les milieux liquides, par exemple dans le lait, qui ne se coagule pas, bien qu'il prenne une réaction acide. — Klein aurait reproduit la maladie typique en *nourrissant* des moutons avec des aliments auxquels il avait mélangé une vingtième culture, et les vésicules et les ulcérations de ces animaux lui auraient fourni de nouveau des préparations et des cultures identiques, formées par le même micrococcus. Par contre cinq moutons, inoculés hypodermiquement avec des cultures très actives, n'ont présenté aucun symptôme local ni général; ces moutons ayant ensuite été nourris comme les précédents avec des aliments auxquels on avait mélangé les mêmes cultures, se sont montrés réfractaires à l'infection, d'où Klein conclut (peut-être un peu vite) qu'il a découvert la vaccination de la cocote. H. B.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

I. — **Pathologische und physiologische Wirkungen des Cocains ; Irisbewegung mydriatische Wirkung des Atropins** (**Actions physiologique et pathologique de la cocaïne ; mouvements de l'iris ; action mydriatique de l'atropine**), par **PFLUEGER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., mai* 1886).

II. — **Zur Cocaïnwirkung** (**Expériences sur les effets de la cocaïne**), par **J. FEINBERG** (*Berlin. klin. Woch., n°* 4, p. 52, 25 *janvier* 1886).

III. — **Des propriétés toxiques de la cocaïne, par BIGNON** (de Lima) (*Bull. de thérap.*, 15 *août* 1886).

IV. — **Inconvénients de la cocaïne en oculistique, par AARON** (*Berlin. klin. Woch., n°* 5, *p.* 84, 1[er] *février* 1885).

V. — **Zur Cocaïn-Wirkung und Gefahr** (**Mode d'action de la cocaïne et inconvénients de son usage prolongé**), par **MAERKEL** (*Ibid.*, 8 *mars* 1886).

VI. — **Sur les dangers de l'emploi de la cocaïne, par JAVAL** (*Bullet. de l'Ac. de méd., t. XV, n°* 16).

I. — Ayant observé plusieurs cas d'opacités de la cornée à la suite d'instillation de cocaïne pendant l'opération de la cataracte, Pflueger pense que cette complication a été favorisée par une grande plaie de la cornée et une mauvaise nutrition du patient. De ce que l'opacité cornéenne semble déjà se former pendant l'opération, et partir du bord de la solution de continuité, il est bon, une fois l'incision faite, de ne plus instiller de cocaïne. Il y a 2 formes d'opacités cornéennes consécutives à l'instillation de cocaïne : l'une part du bord de la plaie, parcourt toute la cornée, et disparaît après une ou deux semaines sans laisser de traces ; elle est due sans doute à une combinaison que la cocaïne forme avec la lymphe. La seconde est liée à une longue hypotonie et à une anesthésie

de la cornée ; il apparaît de petites vésicules, et l'éclaircissement de la membrane n'est jamais parfait.

Pour ce qui est de l'action physiologique de la cocaïne, l'auteur pense que l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive est due à une action directe sur les terminaisons nerveuses et non à une contraction vasculaire. De même la dilatation pupillaire ne dépend pas d'une action de la cocaïne sur les vaisseaux, mais elle est une conséquence de l'excitation du grand sympathique. ROHMER.

II. — 1° La cocaïne, appliquée directement sur un nerf périphérique produit l'anesthésie instantanément;

2° Par la voie sous-cutanée, elle produit des effets différents suivant la dose;

3° A la dose de un demi-grain, elle provoque de l'insensibilité locale, de l'anesthésie des bulbes, de la dilatation des pupilles, la rétraction des paupières, l'exophtalmie, parfois une diminution de la sensibilité des lèvres, de la langue et des joues;

4° La respiration s'accélère et devient superficielle;

5° Il y a des troubles de la coordination dans les extrémités, et des mouvements incessants de la tête dans le sens horizontal, avec ou sans nystagmus; ce sont là des phénomènes constants;

6° Après des doses de 1 à 2 grammes, on note des convulsions toniques et cloniques;

7° Le sensorium est un peu troublé;

8° Les pupilles ne réagissent plus;

9° Après section des deux sympathiques cervicaux, la dilatation des pupilles est à peine appréciable. J. B.

III. — De la série d'expériences entreprises sur les chiens et sur l'homme, il résulte :

1° Que la cocaïne ne produit que des effets physiologiques passagers, à la dose de 30 à 50 centigrammes par voie stomacale, à la condition de l'absorber par doses fractionnées (5 centigrammes dans un cachet chaque heure);

2° Qu'elle agit principalement sur la sécrétion rénale, en la ralentissant, empêchant en partie l'élimination des produits d'oxydation, et produisant alors les premiers symptômes d'une légère urémie;

3° A dose massive, plus élevée, elle produit l'anurie et par suite des accidents urémiques graves (attaques nerveuses convulsives, etc.);

4° Cette action paralysante de la cocaïne sur les reins disparaît généralement deux ou trois heures après l'absorption de l'alcaloïde.

Elle est suivie d'une *diurèse* considérable qui débarrasse l'organisme, et qui est d'autant plus active que l'anurie a été plus prolongée;

5° La cocaïne n'est toxique que d'une manière indirecte; quand la dose est assez élevée pour prolonger l'anurie, jusqu'à accumulation des produits toxiques de l'urine, en quantité suffisante pour amener la mort, celle-ci a lieu toujours en présentant les symptômes de l'empoisonnement urémique;

6° Si la diurèse fait disparaître rapidement les phénomènes toxiques, l'action générale stimulante n'en continue pas moins longtemps après; elle dure vingt-quatre heures à peu près (à la dose de 50 centigrammes dans la journée); pendant tout ce temps, les phénomènes d'oxydation

continuent à dépasser la moyenne normale; la dénutrition en un mot continue. A. C.

IV. — D'après Aaron, la cocaïne provoque une diminution de la pression intraoculaire, sensible même sur les yeux glaucomateux et gênante dans l'opération de la cataracte, car elle exige le plus souvent l'emploi de la curette de Daviel, la contre-pression ne suffisant plus pour faciliter l'évacuation du cristallin. J. B.

V. — Maerkel confirme le fait annoncé par un aliéniste viennois, que les injections de cocaïne sont suivies d'une insomnie rebelle durant jusqu'à 6 heures. Mais contrairement à lui, il ne croit pas à la possibilité d'une accoutumance à cette substance, d'un cocaïnisme comparable au morphinisme.

En effet, selon Maerkel, la morphine est un nervin direct, tandis que la cocaïne agit essentiellement sur le système des glandes nutritives. Il résulte de ses expériences que la cocaïne prise soit en injections, soit par l'estomac, provoque une salivation franche, analogue à celle que détermine un morceau de fer poli qu'on tient dans la bouche. En outre, malgré toutes les précautions antiseptiques, les ganglions lymphatiques voisins du lieu d'injection ne tardent pas à se tuméfier. Maerkel a même vu chez un homme les mamelons devenir durs, gros et douloureux à la pression et cela davantage du côté du corps qui avait reçu le plus de cocaïne.

L'exagération de l'activité glandulaire est suivie d'un apport plus considérable de matériaux nourriciers au système nerveux dont l'énergie se trouve aussi stimulée par la cocaïne. C'est ainsi par exemple que l'appétit s'est accru sans la sensation douloureuse de la faim, que les mouvements musculaires devinrent plus énergiques sans le sentiment de fatigue et le travail intellectuel plus considérable sans besoin de sommeil. L'afflux d'un excédant de matériaux nourriciers empêche l'épuisement du système nerveux et maintient l'équilibre des forces. Mais, à la longue de l'usage habituel de la cocaïne, le système glandulaire doit souffrir de la rapide consommation des matériaux servant à l'élaboration de la lymphe : ainsi s'expliquerait la phtisie si commune parmi les habitants de l'Amérique centrale. J. B.

VI. — Une expérience récente permet à l'auteur d'affirmer que la cocaïne présente des dangers analogues à ceux de l'atropine sur les yeux glaucomateux. Il a vu un demi-milligramme de cocaïne produire une forte obnubilation et une dureté très marquée sur un œil affecté de phénomènes prodromiques très légers. Ces accidents ne cédèrent qu'après l'emploi immédiat de doses énormes d'ésérine. Des faits analogues ont été rapportés par des auteurs allemands. G. DECAISNE.

De l'antagonisme entre la strychnine et la cocaïne, par BIGNON (*Bull. de thérap.*, 30 *octobre* 1886).

L'auteur donne les conclusions suivantes, tirées de nombreuses expériences sur les animaux :

1° La cocaïne est l'antagoniste de la strychnine;

2° Un chien qui a ingéré par voie stomacale une dose de strychnine cristallisée ne dépassant pas 2 milligrammes par kilogramme, peut toujours être sauvé, en entretenant le délire cocaïque en excitation

cérébrale, par des injections hypodermiques de cocaïne, jusqu'à complète élimination du poison ;

3° Si l'on dépasse la dose de 3 milligrammes de strychnine par kilogramme, l'action de la cocaïne est insuffisante. LESAGE.

De l'influence de l'antipyrine sur la sécrétion urinaire, par Henri CASIMIR (*Thèse de Lyon*, 1886).

Lorsqu'on administre des doses massives d'antipyrine en injections veineuses, on voit la tension artérielle augmenter, le volume du rein diminuer, la sécrétion urinaire diminuer d'abord, pour revenir à la normale et augmenter.

En clinique, les doses de 3 à 5 grammes sont suffisantes pour tous les cas, administrées par doses de 50 centigrammes ; elles n'ont jamais amené de diminution appréciable de la sécrétion urinaire et du taux de l'urée. Casimir n'a jamais observé de collapsus ni de sueurs abondantes. A. C.

Étude sur la solanine, et ses propriétés analgésiques, par GENEUIL (*Bull. de thérap.*, 30 *septembre* 1886).

La solanine est un poison des plaques motrices terminales de la vie organique ; elle narcotise le bulbe, la moelle et les cordons nerveux, ce qui donne lieu à de la paralysie dans les extrémités terminales des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs. Cette action physiologique permet de ranger la solanine parmi nos meilleurs analgésiques.

La solanine se prescrit sans danger à forte dose. Elle ne présente pas les inconvénients de la morphine et de l'atropine. Elle est inoffensive et ne s'accumule pas dans l'économie. On la donne au lieu et place de la morphine. Elle ne congestionne pas le cerveau. LESAGE.

I. — Ueber die Wirkung des Caffeins, par W. v. SCHROEDER.

II. — Zur diuretischen Wirkungdes Caffeins, par A. LANGGAARD (Action diurétique de la caféine) (*Centralblatt f. d. med. Wissens, nos* 26 *et* 29, 1886).

On sait que la caféine excite vivement les centres vaso-constricteurs : c'est sans doute la raison pour laquelle son action diurétique a jusqu'à présent été méconnue. Cette action diurétique est des plus énergiques et se manifeste le mieux chez des animaux (lapins) dont les centres vasomoteurs sont paralysés par une haute dose de chloral. Il s'agit sans aucun doute d'une action directe de la caféine sur les cellules glandulaires du rein. Elle se produit en effet en l'absence de toute modification de la pression sanguine et de toute intervention directe ou indirecte du système nerveux. L. FREDERICQ.

Zur Caffeinwirkung (La caféine antidote du curare), par A. LANGGAARD (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 20, *p.* 319, 17 *mai* 1886).

D'expériences sur les lapins, Langgaard conclut que la caféine est un contrepoison du curare, à la triple condition que la dose de ce dernier n'ait pas été trop considérable et que la caféine soit administrée dès le début des accidents et à hautes doses.

Comment expliquer cette action de la caféine? Les expériences de

l'auteur lui ont montré qu'il ne s'agissait pas d'une excitation des terminaisons des nerfs moteurs paralysés par le curare. Voici l'interprétation qu'il propose.

Dans l'empoisonnement par le curare, il existe un moment où les mouvements respiratoires ayant cessé, les terminaisons des nerfs moteurs ne sont pas encore complètement paralysées. A cette phase, le toxique a, pour ainsi dire, intercalé dans les extrémités des nerfs moteurs une résistance que les excitations habituelles partant des centres sont impuissantes à vaincre. Or, la caféine est à la fois un stimulant énergique du système nerveux central et un excitant de la contractilité des muscles striés. Ce double effet de la caféine semble à Langgaard rendre suffisamment compte de la propriété qu'elle possède d'annihiler l'action du curare lorsque celle-ci n'a pas été jusqu'à paralyser complètement les terminaisons des nerfs moteurs.

La conicine et certains faits d'empoisonnement par les moules déterminant des symptômes analogues à ceux du curare, il y aurait lieu d'essayer la caféine. J. B.

Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'éthoxycaféine, par CHABOT (*Bull. de thérap.*, 15 *septembre* 1886).

L'éthoxycaféine appartient à une série de dérivés de la caféine préparés par Fischer et dont l'étude physiologique a été faite par Filehne.

C'est un médicament hypnotique, qui, en premier lieu, agit sur les centres nerveux (somnolence), puis survient de la paralysie, et enfin de la rigidité musculaire. La circulation reste à peu près indemne.

L'auteur recommande l'emploi de l'éthoxycaféine, vu son action sédative et hypnotique, dans la migraine, dans le zona.

Ce médicament, insoluble dans l'eau, a été donné à des doses variant de 25 centigrammes à 1 gramme. LESAGE.

Ueber die Wirkung des Cornutin (De l'action de la cornutine), par ERHARD (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 20, 1886).

L'auteur a employé la cornutine de Kobert à la clinique d'accouchement sous forme de pilules à la dose de 5 milligrammes ; 3 fois seulement sur 46 cas, on fut obligé de donner plus d'une pilule. Le médicament a été administré exclusivement dans les cas d'inertie utérine, et surtout à la période de dilatation. L'effet a été incontestable 16 fois, vraisemblable 13 fois, douteux 8 fois, nul 9 fois. Dans quelques cas seulement, les femmes se sont plaintes que les douleurs devenaient extrêmement douloureuses. L'effet sur les enfants a été mauvais : 6 enfants sur 46 sont arrivés asphyxiés et deux sont morts, tandis que la moyenne, dans le même établissement, avait été de 8 enfants asphyxiés et un mort sur 335 accouchements. La cornutine ne devrait donc être employée qu'à la fin de l'accouchement, lorsqu'on a dans le forceps un moyen sûr de sauver l'enfant si sa vie est menacée. Une seule fois la cornutine a été administrée en vue de provoquer l'avortement : 3 pilules ont été inefficaces. H. DE BRINON.

Ueber Mutter-Kornprœparate (Recherches sur les préparations d'ergot), par Rud. KOBERT (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 20, 1886).

Kobert publie aujourd'hui le résultat des nouvelles expériences (voy. *R. S. M.*, XXV, p. 466) qu'il vient de faire à Dorpat, et dont voici les conclusions :

1° L'acide sclérotiniqne ne provoque pas les contractions utérines ;

2° L'influence de l'ergotinine sur l'utérus n'existe pas, surtout si les préparations sont pures et cristallisés : à la dose de 1 à 5 milligrammes par kilogramme de la bête, et en injection sous-cutanée, l'auteur n'a obtenu ni avortement, ni même accroissement de contractions chez les chiens, les chats et le lapin.

3° La cornutine possède une action toute spéciale pour provoquer les contractions et augmenter leur énergie Dans l'état gravide, l'utérus est le premier organe atteint par l'action de l'alcaloïde, et l'influence est d'autant plus prononcée que l'animal est plus près de la fin de la grossesse : la cornutine est une substance basique qui accompagne l'ergotine, et reste dans l'eau mère après le dépôt de l'ergotine cristallisée et de l'ergotine amorphe.

4° L'acide sclérotinique (acide résineux, non cristallisé) provoque constamment l'avortement chez le chat et le chien dans les dernières semaines de la grossesse. Les contractions provoquées par l'acide sphacélinique paraissent se rapprocher plutôt de l'état tétanique, tandis que celles de la cornutine présentent des pauses comme les contractions normales. Les fœtus souffrent davantage de l'acide que de la base.

5° L'ergot de maïs employé dans les États-Unis est une substance dépourvue de toute action sur l'utérus : il en est de même de la racine de « Gossypium herbaceum ». H. DE BRINON.

Praktische Erfahrungen über die Hydrastis canadensis, par FELLNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 *avril* 1886).

Fellner a étudié, dans une série d'expériences, les propriétés physiologiques de l'hydrastis canadensis. Il a prescrit le médicament à cinquante malades, d'après les indications de Schatz.

L'hydrastis n'a pas la même efficacité que l'ergot de seigle quand il s'agit d'arrêter rapidement une hémorragie, mais il est préférable dans les cas où l'on doit répéter longtemps les doses. L'auteur lui donne la préférence dans les cas de fibromes utérins, dans les hémorragies qui suivent l'avortement ; on peut l'employer aussi pour provoquer l'accouchement prématuré et exciter les contractions utérines. Tandis que, pendant l'accouchement normal, le seigle ergoté est dangereux pour le fœtus, l'hydrastis exagère simplement les efforts naturels de l'utérus.

L. GALLIARD.

Hydrastis Canadensis ist (beim Menschen) kein Wehenmittel (L'hydrastis n'est pas un eutocique), par SCHATZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 301, 10 *mai* 1886).

De ses expériences sur les animaux, Fellner (*Med. Jahrbücher der k. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 1885) a conclu que l'hydrastis excite les contractions utérines.

Au contraire, Schatz qui l'a expérimentée sur des femmes en travail, arrive aux résultats suivants :

Aux doses où jusqu'ici l'hydrastis a paru être applicable chez l'homme, elle n'agit pas sur les contractions utérines. C'est uniquement un médicament vaso-moteur qui fait contracter les vaisseaux des organes sexuels comme ceux des autres viscères abdominaux. C'est précisément ce qui constitue son avantage sur le seigle ergoté. Il s'ensuit que l'hydrastis est indiquée contrairement à l'ergot : 1° dans les hémorragies tenant à la présence de myomes; 2° dans celles dues à l'atonie utérine, etc; 3° dans les ménorragies de la puberté et de l'âge critique; 4° dans les phénomènes congestifs qui précèdent l'apparition des menstrues. (*R. S. M.*, XXV, 113 et XXVII, 75.) J. B.

Drumine, par REID (*Australasian med. Gaz.*, 15 *octobre* 1886).

La drumine est un alcaloïde extrait de l'*euphorbia Drummondii*, dont l'action anesthésique est remarquable. Quelques gouttes d'une solution à 4 0/0 amènent l'anesthésie oculaire, comme la cocaïne; une injection sous-cutanée produit une anesthésie locale. Dans un cas de sciatique, la douleur a été rapidement soulagée par une injection. Cet alcaloïde semble être antagoniste de la strychnine. A. C.

On the production of catharsis by means of hypodermical medication, par W. L. DUDLEY et C.-H. CASTLE (*Med. News*, 6 *novembre* 1886).

Résultats de quelques expériences sur les effets cathartiques obtenus par les injections hypodermiques avec les substances suivantes :

Acide cathartique. Injections de 1/3, 1/2 grain, chez de jeunes chats, sans résultats ; à la dose de 2 grains, évacuations abondantes.

Podophyllotoxine. Chez de jeunes chats, effets très rapides, très énergiques.

Chez l'homme, 5 milligrammes en injections hypodermiques n'ont pas eu grand effet.

Élatérine. 1/2 à 1 milligramme ont donné, chez de jeunes chats, des selles abondantes ; effet produit en moins d'une heure.

Elaterium. Une solution représentant 1/6 de grain, chez un chat, a déterminé un empoisonnement grave, sans effet purgatif. A. C.

Note on Cucur (cucumis myriocarpus?), par G. ARMSTRONG ATKINSON (*Edinb. med. Journ., p.* 56, *juillet* 1886).

Le « cucur » est une plante très usitée par les Cafres, à cause de ses propriétés émétiques. Les naturels mâchent la pulpe du fruit, les feuilles et les tiges de la plante, et en avalent le suc. 20 grains de pulpe de pepin frais, absorbés par l'auteur, causèrent seulement des coliques, un peu de diarrhée, mais pas de vomissements. 69 grains donnés à un gros chien provoquèrent de la diarrhée ; 118 grains amenèrent chez cet animal des vomissements abondants ; il n'y eut pas d'effet purgatif.

A. MATHIEU.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique du tanguin de Madagascar, par E. QUINQUAUD (*Journ. de l'Anat. et de la Phys., numéro de janvier* 1886).

Peu nombreuses sont les études faites jusqu'à ce jour sur ce poison, employé comme épreuve judiciaire par les indigènes de Madagascar. L'auteur a employé l'extrait aqueux des amandes du *tanghinia venenifera*. Chez les batraciens, il a déterminé des accidents qu'on peut diviser en trois périodes. Dans la première, ce sont des phénomènes d'excitation qui dominent : agitation, accélération de la respiration et des mouvements du cœur. La seconde période se caractérise par l'arrêt respiratoire, par l'affaiblissement des mouvements volontaires allant jusqu'à la résolution des muscles, par l'hyperexcitabilité cérébro-spinale, avec convulsions généralisées, et par la diminution de fréquence des battements cardiaques. La troisième période, enfin, s'annonce par la diminution des réflexes, par la paralysie et la flaccidité. A ce moment précis, l'excitabilité neuro-musculaire existe encore. Vers la fin de cette phase, l'irritabilité neuro-musculaire diminue, puis cesse; le cœur s'arrête. L'affaiblissement puis l'arrêt du mouvement du cœur paraissent dus à l'action du toxique sur le myocarde ; et, d'une manière plus générale, la perte de l'irritabilité neuro-musculaire n'est pas due ici à une action du poison sur les centres cérébro-spinaux, car si l'on compare la durée de cette excitabilité sur deux grenouilles privées de système nerveux central et dont l'une seulement a reçu le tanguin, on voit que les muscles et les nerfs du batracien intoxiqué perdent beaucoup plus vite leur excitabilité que ceux de l'autre.

Chez les mammifères, la première période est beaucoup plus longue et plus évidente : les animaux s'agitent, la respiration s'accélère ainsi que les battements du cœur; la pression artérielle augmente un instant pour diminuer ensuite. La deuxième période est de courte durée : les convulsions surviennent et sont accompagnées rapidement d'un arrêt respiratoire. Ici la mort est produite par cet arrêt respiratoire et non par une syncope cardiaque, bien que le tanguin agisse en même temps sur le cœur et sur la respiration. De plus, cet arrêt respiratoire est dû à une action du sang intoxiqué sur le système nerveux; en effet, si, au moment précis où l'animal fait sa dernière respiration, on injecte le sang d'un chien sain dans le bout périphérique de la carotide, on voit se produire plusieurs reprises successives de la respiration.

Chez l'homme à l'état physiologique, le tanguin, à la dose de $0^{gr},15$, détermine de l'étourdissement, de la céphalalgie persistante, des coliques, de la diarrhée, des vomissements et une faiblesse générale. Mais 5 à 10 centigrammes ne produisent qu'un léger effet purgatif.

M. DUVAL.

On Curare, par S. POLLITZER (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 274).

Kühne, en 1860, a constaté que le muscle sartorius d'une grenouille empoisonnée par le curare présentait des différences remarquables dans son irritabilité. La partie centrale, qui seule reçoit des branches nerveuses, est plus irritable que les extrémités qui en sont dépourvues. L'auteur a repris, par une méthode plus rigoureuse et des moyens plus

parfaits, l'étude de cette question. Il a déterminé les valeurs de l'irritabilité musculaire aux différents points du muscle, soit à l'état normal, soit après empoisonnement curarique. Les deux séries sont exactement comparables. L'excitabilité, très faible à une extrémité, s'accroît rapidement à l'extrémité du premier quart pour retomber au début du second quart. Le maximum répond à la fin du troisième quart; l'excitabilité s'abaisse de nouveau à la seconde extrémité. Les variations que l'on observe semblent dues aux variations de la distribution nerveuse. Ces variations persistent après la curarisation. L'auteur en conclut que le curare laisse inaltérés certains éléments nerveux terminaux du muscle. Ce poison n'agit sûrement point sur les troncs nerveux. Son action porte donc sur une partie intermédiaire entre les troncs nerveux et les extrémités dernières de leurs ramifications. On pourrait supposer, en abandonnant le terrain solide de l'expérience, que l'action porte précisément sur la partie du nerf la plus exposée, celle où le cylindre-axe est protégé seulement par l'espèce de ciment qui existe aux chargements interannulaires de Ranvier. DASTRE.

Ueber die desinficirenden und antiseptischen Eigenschaften des Aseptol (**Propriétés désinfectantes et antiseptiques de l'aseptol**), par **Ferdinand HUEPPE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 609, 13 *septembre* 1886).

L'aseptol ou acide orthophénolsulfurique est connu des chimistes depuis 1841; mais ce n'est que tout dernièrement que l'attention a été appelée sur ses propriétés désinfectantes par Serrant (*Comptes rendus Acad. Sciences*, 1885, 8 et 22 juin), et par Ancesens (*Bull. acad. roy. de médec. de Belgique*, 3e série, XIX). Ces deux observateurs s'étaient bornés à mélanger des liquides putrescibles, tels que l'urine, etc., avec une solution à 1 0/0 d'aseptol.

Hueppe a repris la question d'une façon méthodique, en se conformant aux règles de Koch. Il prenait des cultures pures, desséchées sur des fils de soie stérilisés, les exposait durant des temps de longueur variable à des solutions d'aseptol de diverse concentration; puis après avoir soigneusement lavé ces fils, il les portait dans l'agar et la gélatine. Pour les bactéries dénuées de spores, il pratiquait en outre des expériences avec des cultures dans le bouillon, afin d'exclure les inconvénients d'une trop forte dessiccation.

L'aseptol du commerce est un liquide brunâtre, sirupeux, rappelant l'acide phénique, mais d'odeur moins forte; il est soluble en toutes proportions dans l'eau, l'alcool et la glycérine, insoluble dans l'éther, le chloroforme et les huiles grasses. Dès qu'on le chauffe un peu fortement, il se transforme. Sur l'acide phénique, il jouit de l'avantage de n'être pas caustique pour la peau jusqu'à 10 0/0, ni sur les muqueuses jusqu'à 3 0/0 au moins.

La première série d'expériences de Hueppe a eu pour objet les spores des bactéridies et celles des bacilles de la terre de jardin et du foin. Ces spores sont détruites après un séjour de 30 minutes dans la solution aqueuse d'aseptol à 10 0/0.

Dans une seconde série d'expériences, Hueppe a éprouvé les propriétés antiseptiques de l'aseptol sur des bactéries dénuées de spores (septicémie, sang de rate, microcoque tétragène, staphylocoque pyogène

doré, bactéries du pus bleu). Il a reconnu que la solution à 1 0/0 recommandée par Serrant et par Ancesens, sans être complètement inefficace, n'était pas d'effets assez constants. En revanche, une solution de 3 à 5 0/0 jouit déjà de propiétés antiseptiques très caractérisées. L'action de la solution à 10 0/0 est d'une promptitude extrême ; au bout de 15 minutes, elle arrête définitivement le développement de ces micro-oganismes. J. B.

I. — Ueber die therapeutische Anwendung des Salols (Des applications thérapeutiques du salol), par Hermann SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 *juin et* 1er *juillet* 1886).

II. — Sur le salol, par BOYMOND (*Bull. de thérap.*, 15 *août* 1886).

I. - II. — Le salol ou salicylate de l'éther phénique est un des éthers composés d'acide phénique et d'un acide organique que Nencki a préparés il y a 3 ans ; jusqu'ici le salol n'avait cependant pas fait l'objet d'essais thérapeutiques.

C'est un corps cristallin, incolore, d'odeur faiblement aromatique, de saveur presque nulle à cause de son insolubilité à peu près complète dans l'eau ; il entre en fusion à 43°.

Le salol présente de grandes analogies avec les corps gras ; comme eux, il est très soluble dans l'alcool, l'éther, la ligroïne ; et les ferments du pancréas le dédoublent en acide libre et alcool, autrement dit en acide salicylique et phénol.

Le salol renferme un tiers d'acide phénique et deux tiers d'acide salicylique.

Après l'administration de cette substance, l'urine prend les mêmes caractères qu'à la suite de celle de l'acide phénique. Le salol est éliminé sous forme d'acides salicylurique et sulfophénique ; 2 heures après l'ingestion de deux grammes du médicament, l'urine offre la réaction caractéristique de l'acide salicylurique.

Sahli en a obtenu de très bons résultats dans le traitement des différentes formes de rhumatisme et dans les névralgies. Il le prescrit chez les adultes à la dose quotidienne de 6 grammes prise en 3 fois ; les enfants au-dessus de 6 ans peuvent en prendre sans inconvénient de 4 à 6 doses de 50 centigrammes chaque.

Le salol a fait disparaître presque instantanément une urticaire datant de plusieurs mois.

Le seul phénomène accessoire dont son administration s'accompagne, sont des bourdonnements d'oreille qui d'ailleurs ne sont pas constants.

Sahli voudrait voir expérimenter le salol comme antipyrétique, comme antidiabétique, à titre de désinfectant intestinal (dans l'entérite, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra), de parasiticide (ankylostomiase, trichinose), d'antiseptique interne (cystite).

L'urine salolée peut en effet être conservée en étuve sans se putréfier. Sahli a encore employé le salol en injections dans la gonorrhée (5 à 10 pour 200), dans le lupus (injections intracutanées d'huile salolée à 10 0/0).

Boymond résume le travail de Sahli et communique quelques recherches personnelles. J. B.

Bromide of ethyl as an anœsthetic (Le bromure d'éthyle comme anesthésique) par Laurence TURNBULL (*The Journal of the American Medic. Assoc.*, 21 *novembre* 1885).

Ce corps a été découvert par Serullas en 1827. Nunnely, de Leeds, l'a expérimenté en 1849. Rabuteau l'a essayé en 1876 sur les animaux inférieurs. L'auteur l'a expérimenté sur lui-même en 1877 et ensuite sur divers sujets. En 1879, le nombre de ces expérimentés s'élevait à une centaine: en 1880, il montait à huit ou neuf cents. Deux cas de mort lui ont été attribués; on l'a accusé de provoquer une irritation très vive des muqueuses, avec dyspnée, et toux. L. Turnbull n'a rien observé de pareil. Il discute l'un de ces cas: la mort, d'après la décision du jury devait être attribuée non à l'anesthésique mais à l'état d'épuisement du malade et à l'irruption du pus d'une vomique dans les bronches. En prolongeant l'action de cet anesthésique sur un chien jusqu'à la mort apparente, on n'a constaté aucune excitation de muqueuses oculaires, et l'animal soustrait à l'action de la substance s'est rétabli et réveillé dans l'espace de six minutes. Le bromure d'éthyle convient en réalité, lorsqu'il est pur, pour les opérations qui ne durent pas plus de quarante minutes. L'auteur cite un certain nombre d'expériences; il rappelle les tentatives de Berger et Terrillon, les expériences de Wood, les cas de Moore dans lesquels on a constaté une violente excitation, des vomissements, des engorgements veineux. Bourneville l'a employé avec succès pour diminuer la fréquence des paroxysmes convulsifs. On a observé un abaissement thermique d'un demi-degré qui cessait avec l'administration de la substance : le pouls est accéléré le plus souvent; l'écoulement des larmes est fréquent. L'urine ne contient ni albumine ni sucre: il y a rigidité des membres et des tremblements. L'usage répété de ce procédé n'a pas exercé d'action défavorable sur la nutrition. En employant les précautions convenables, le sujet doit être endormi en deux ou trois minutes : la peau et les lèvres conservent leur coloration; le pouls d'abord accéléré devient ensuite plus lent et plus fort. D'après l'auteur, ce serait le meilleur anesthésique pour la chirurgie oculaire et les opérations de courte durée.

DASTRE.

Recherches sur l'absorption et l'élimination du mercure dans l'organisme humain, par WELANDER (*Annales de Derm. et de Syph., n.* 7-8, 1886).

L'auteur emploie pour les analyses chimiques la méthode d'Almen modifiée par Schillberg et qui consiste à obtenir par le chauffage la sublimation du mercure fixé préalablement sur un fil de cuivre. Le procédé employé est d'une sensibilité telle qu'il a été possible de découvrir du mercure dans une solution de sublimé de 1/10,000,000. Administré par la bouche, le mercure apparaît rapidement dans les urines, plus rapidement encore quand on l'introduit sous la peau (1 ou 2 heures après). Il s'élimine par l'urine d'une manière constante, beaucoup moins par la salive, même quand il y a salivation mercurielle. On le retrouve assez abondant dans les fèces, et aussi dans le sang, la bile. L'auteur l'a retrouvé dans le lait et dans l'urine des enfants allaités par des femmes qui prenaient du mercure. La quantité du mercure éliminé est en rapport direct avec les quantités ingérées. On le retrouve dans les tissus plusieurs mois et même

une année après le traitement. Il est probable qu'il circule à l'état soluble dans le sang. F. BALZER.

Die Ursachen der giftigen Wirkung der chlorsaüren Salze (Les causes de la toxicité des chlorates, par J. STOKVIS (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak.*, *Band XXI, Heft* 1, *p.* 169).

Si, comme on l'admet pour expliquer les effets thérapeutiques et toxiques du chlorate de potasse, les chlorates se réduisent en partie, lors de leur passage à travers l'organisme animal, il doit en résulter une augmentation dans la quantité des chlorures éliminés par les urines. Les expériences de Stokvis, qui ont été faites, il est vrai, exclusivement avec du chlorure de sodium, démontrent qu'il en n'est rien et que la totalité du chlorate de soude administré à l'animal en expérience se retrouve dans les urines. En même temps, l'élimination du chlore augmente, résultat que l'auteur attribue à ce que sous l'influence de l'action légèrement diffusive du chlorate de soude le filtre rénal est traversé par une plus grande quantité de chlorure de sodium.

En étudiant l'influence des substances organisées ou organiques qu'on rencontre dans les humeurs sur les chlorates, Stokvis a pu se convaincre que ni la fibrine, ni le sérum sanguin, ni le pus, ni la levure n'opèrent une réduction de ces sels, aussi longtemps que lesdites substances sont à l'abri d'une altération quelconque. Mais sitôt qu'intervient un processus de putréfaction, la réduction commence, et cela s'observe principalement avec l'urine et le sang. Dans ce dernier milieu, la réduction des chlorates dépend de la durée de l'expérience et de la température à laquelle est maintenu le sang; plus cette durée est longue, plus la température du liquide est maintenu à un niveau rapproché de la température corporelle, plus est grande la quantité de chlorate réduit, et il est démontré que même avec de grandes quantités de sang il est impossible d'obtenir en très peu de temps la réduction complète de petites quantités de chlorate. De tout cela, Stokvis conclut que la réduction des chlorates dans le sang extravasé est en rapport avec des processus de fermentation et de putréfaction qui s'emparent de ce liquide au bout d'un certain temps et dans des conditions favorables de température (une expérience de l'auteur montre que dans du sang maintenu à 0° la quantité de chlorate de soude réduite au bout de vingt-quatre heures est nulle).

Reste la question de savoir comment les choses se passent dans le sang en circulation. Des expériences de Stokvis démontrent qu'après l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de doses moyennes de chlorate de soude, 1 gramme de sel par kilogramme de poids corporel de l'animal est très bien supporté, que le sel apparaît dans les urines de 5 à 10 minutes après l'injection et s'y rencontre habituellement encore au bout de 48 heures, que l'urine ne contient jamais de méthémoglobine, mais constamment de l'albumine et du sucre; que dans le sang tiré de la carotide aussitôt après l'injection et abandonné à l'air libre, il se forme de la méthémoglobine en proportions croissantes, et que cette formation de méthémoglobine est favorisée par une température de 37-38°. Chez des chiens, des injections de fortes doses de chlorate de soude n'ont jamais été suivies d'hémoglobinurie ou de méthémoglobinurie, même quand l'animal succombait à l'intoxication. Chez des lapins, l'urine, dans les

circonstances identiques, charriait de l'hémoglobine, de la méthémoglobine en même temps que des cylindres et des globules rouges et de l'albumine. Mais il y a lieu de faire remarquer que la quantité de méthémoglobine était très minime, qu'elle n'augmentait pas dans l'urine abandonnée à l'air libre, qu'elle a fait défaut chez des animaux qui ont succombé à l'intoxication, qu'en somme elle devait être le résultat de l'irritation exercée sur le rein par un sang chargé de principes salins, qu'en tout cas cette méthémoglobinurie ne saurait être considérée comme l'indice d'une décomposition du sang en circulation dans les vaisseaux opérée par le chlorate de potasse.

Pour Stokvis, la toxicité du chlorate de potasse est imputable, d'une part à l'action délétère du potassium ; d'autre part, elle est liée à la quantité de sel qui pénètre dans le sang. Il est démontré que le nitrate de potasse à la dose de 25 grammes et le sulfate de potasse à la dose de 37,5 entraînent la mort au milieu des mêmes accidents que ceux qu'on observe à la suite de l'administration d'une dose massive de 30 grammes de chlorate de potasse. Même résultat peut s'observer à la suite de l'administration de chlorure de sodium à raison de 8 à 10 grammes par kilogramme de poids corporel. Bref, le chlorate de sodium n'est pas plus toxique que le chlorure de sodium; de même le chlorate de potasse participe aux propriétés délétères des sels de potasse en général, sans avoir une toxicité spéciale. Tous ces sels ont cela de commun qu'ils deviennent dangereux lorsqu'ils circulent dans l'organisme à un certain degré de concentration. E. RICKLIN.

On the nature and action of the venom of poisonous snakes (Sur la nature et l'action du venin des reptiles venimeux), par Norris WOLFENDEN (*The Journal of Physiology, vol. VII, p.* 327).

L'auteur examine les travaux les plus récents relativement au venin des serpents. Pedler (1874) conclut qu'il s'agit d'une substance spécifique mélangée à des albuminoïdes. Fayrer et Lauder Brunton (1884) comparent son action à celle d'un alcaloïde, la conine. La commission de Calcutta a constaté qu'il s'agit d'une matière précipitable par l'alcool et pouvant se redissoudre dans l'eau. L'alcool absolu ne dissout point le poison.

Weir Mitchell et Reichert ont étudié le venin du *Crotalus adamanteus*, du *Toxicophis piscidorus*, et de l'*Agkistrodon contortrix*. Ils en ont extrait trois protéides. L'une d'elles a toutes les réactions physiologiques des peptones et est vraisemblablement une albuminose. La conclusion des physiologistes américains, c'est que l'activité du venin réside dans ses constituants protéiques.

Wolfenden porte son attention sur le venin du Cobra indien (*Naja tripudians*). Il démontre que la toxicité n'est due ni à des bacilles, ni à des bactéries, ni à quelque organisme vivant ; elle n'est pas due davantage à un alcaloïde non plus qu'à la substance hypothétique nommée « acide cobrique » par Blyth, et qui n'est que du sulfate de chaux. La partie active est formée d'albuminoïdes : on en trouve quatre variétés. D'abord une globuline, dont la présence est constante, et qui agit par asphyxie en paralysant le mécanisme respiratoire. En second lieu, il y a une acidalbumine dialysable partiellement et exerçant un effet ana-

logue au précédent. Le troisième corps est une albumine de sérum très toxique, produisant une paralysie ascendante. Enfin, on y trouve des traces d'hémialbuminose et de peptone qui seraient des produits accidentels.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur étudie le venin de la vipère indienne (*Daboia Russellii*), et il arrive à des résultats très analogues.

DASTRE.

I. — Recherches expérimentales sur les lésions intestinales produites par les poisons dits drastiques, par Lucien BUTTE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég., XV, p.* 347 *et* 365, *avril* 1886).

II. — Accusation d'intoxication par la colchicine, par BROUARDEL, VULPIAN et G. POUCHET (*Ibidem, XV, p.* 230).

I. — Les expériences ont été pratiquées sur des chiens auxquels l'auteur injectait sous la peau ou faisait avaler de la colchicine, de la vératrine, de l'huile de croton ou de la coloquinte. Voici les conclusions :

Les poisons dits drastiques déterminent sur le tube intestinal des altérations ayant une grande analogie, mais offrant cependant des caractères distinctifs assez nets. L'analogie réside dans l'entérite et dans les ulcérations produites. Les différences se trouvent dans l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation, dans son siège et dans la forme des ulcérations.

La *colchicine* et la *vératrine* amènent toutes deux une hyperémie de la muqueuse intestinale : celle provoquée par la colchicine est plus vive et plus étendue ; il y a des ecchymoses sous-muqueuses et l'entérite occupe les trois quarts de l'intestin grêle, tandis qu'avec la vératrine la teinte est moins rouge, la congestion est moins intense et ne comprend que le duodénum et une portion de la première partie du jéjunum.

Les ulcérations n'offrent pas non plus le même caractère. Celles produites par la colchicine sont petites, nettement arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce. Celles de la vératrine sont un peu plus grandes, moins nettement taillées et présentent une élevure centrale. Dans les deux cas, le gros intestin est le siège d'une hyperémie qui n'est pas extrêmement vive.

Dans l'empoisonnement par l'*huile de croton*, on a des lésions absolument différentes, suivant le mode d'administration du poison. A la suite de l'ingestion stomacale, la rougeur est beaucoup plus foncée, plus uniforme qu'avec les deux toxiques précédents ; le tissu sous-muqueux est envahi par de vastes ecchymoses noirâtres ; de plus, les ulcérations arrondies sont beaucoup plus petites et plus superficielles. Le gros intestin est complètement indemne.

Avec la *coloquinte*, on a une congestion légère du duodénum avec de petites ulcérations superficielles ; le reste de l'intestin grêle n'est pas rouge. Mais c'est sur le gros intestin que siège l'altération caractéristique : il est, en effet, violemment enflammé et présente dans toute son étendue des bandelettes longitudinales, saillantes, d'un rouge un peu noirâtre, disposées d'une façon très régulière.

II. — Vulpian et G. Pouchet n'ont pu observer d'ulcérations intestinales à la suite de l'empoisonnement par la colchicine. D'autre part, Masbrenier

cite un cas d'intoxication accidentelle par le vin de colchique, où l'on trouva à l'autopsie des ulcérations taillées à l'emporte-pièce, dans le duodénum, le cœcum et le gros intestin. J. B.

I. — Ueber Trichloressigsäure und Trichlorbutyrsäure (Sur l'acide trichloracétique et l'acide trichlorbutyrique), par MAYEN.

II. — Untersuchungen über die toxische Wirkung der niederen Fettsäuren (Recherches sur l'action toxique des acides gras de la série inférieure), par LE MÊME (*Arch. f. experiment. Pathologie und Pharmak. Band XXI, Heft* 2 *et* 3, *p.* 97 *et* 119, 1886).

I. — L'auteur a résumé, dans les conclusions suivantes, les résultats de ses recherches expérimentales sur les deux questions ci-dessus mentionnées :

Le trichloracétate de soude exerce sur l'organisme une influence paralysante, qu'on peut localiser dans le système nerveux; car cette influence se traduit à la fois par des phénomènes de paralysie motrice, de la somnolence et du sommeil, chez des chiens et des chats. Les doses nécessaires pour produire ces effets sont moins élevées que ne l'indiquent les chiffres donnés par Hermann.

L'acide trichlorbutyrique, administré à doses suffisantes, exerce sur le lapin, le chien, le chat, une action qui, qualitativement parlant, se rapproche beaucoup de celle de l'acide trichloracétique. En ce qui concerne l'intensité des effets produits, on observe des oscillations qui s'expliquent en tenant compte de ce fait, que l'acide trichloracétique se décompose rapidement dans les premières voies, et que, lorsqu'il parvient intact jusque dans les centres nerveux, il y est moins sujet à altération dans ce milieu acide que dans le sang alcalin.

En aucun cas, on ne saurait considérer le défaut d'action de fortes doses d'acide trichlorbutyrique, comme un argument en faveur de la théorie de Binz. Ce dernier attribue l'influence délétère et paralysante exercée par une série de substances sur les centres nerveux, à une action purement physique (déshydratation, etc.). Or, si fortes que fussent, dans certaines expériences, les doses d'acide trichlorbutyrique nécessaires pour produire une action manifeste, elles étaient encore de beaucoup inférieures à celles qu'il faut administrer lorsqu'on opère avec des sels indifférents, tels que le chlorure de sodium, pour obtenir une action délétère sur les centres nerveux.

II. — En comparant l'action du trichloracétate et du trichlorbutyrate de soude avec celle des mêmes sels non chlorés, on constate ce qui suit :

L'action des premiers se traduit d'abord par une paralysie motrice très accusée, la paralysie sensorielle ne se développe qu'ultérieurement; avec les sels non chlorés, l'évolution des accidents suit une marche inverse.

Le trichloracétate de soude exerce sur les centres nerveux une action paralysante très énergique; l'acétate de soude n'est pas plus toxique que le chlorure de sodium.

Inversement, le trichlorbutyrate de soude n'a qu'une action délétère faible quoique très nette, tandis que l'action paralysante du butyrate de soude est très prononcée.

En résumant les résultats obtenus dans les expériences faites avec les acides gras de la série inférieure, on constate que les acides formique, propionique, butyrique, valérianique, incorporés par la voie cutanée, produisent de la somnolence, du sommeil, du coma et les phénomènes concomitants habituels, à doses auxquelles l'acétate de soude, le chlorure de sodium et le lactate de soude se comporteraient d'une façon tout à fait indifférente.

Si on fait abstraction de l'acide formique, qui, eu égard à sa constitution aldéhydique, diffère à beaucoup de points de vue des autres acides gras, on arrive à conclure, d'après les résultats expérimentaux obtenus chez des chiens et surtout chez des chats, que l'action narcotique de l'acétate, du propionate et du valérianate de soude augmente avec la richesse de ces sels en carbone. L'acide formique se place, au point de vue de son action narcotique, entre l'acide butyrique et l'acide valérianique.

E. RICKLIN.

I. — Der Magensaft bei acuter Phosphorvergiftung (Le suc pancréatique dans l'empoisonnement aigu par le phosphore).

II. — Die Magenverdauung im Chlorhunger (La digestion stomacale en l'absence de chlore), par Arnold CAHN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 517-522, 1886).

I. — Dans le cas d'empoisonnement par le phosphore, l'auteur a reconnu que l'acide chlorhydrique manquait entièrement ou presque entièrement, et qu'il était remplacé par de l'acide lactique.

II. — De diverses expériences il résulte que la sécrétion de l'acide chlorhydrique est augmentée lors de privation de sel; que dans le manque complet d'acide chlorhydrique le contenu de l'estomac renferme encore des chlorures, qne toutes les fois qu'il y a augmentation des chlorures dans l'économie, il y a une production plus abondante d'acide chlorhydrique dans l'estomac.

E. H.

THÉRAPEUTIQUE.

L'hygiène alimentaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ (In-8°, *Paris*, 1887).

A mesure que la rénovation continue de nos doctrines médicales nous montre chaque jour l'importance capitale que prennent, en pathologie, les troubles de la nutrition, nous sentons mieux la nécessité de serrer de plus près ces problèmes si obscurs de la chimie physiologique. Mais, pour combattre ces déviations nutritives utilement, et en dehors d'un empirisme vulgaire, l'embarras est souvent bien grand; les données précises sont rares ou éparses, et c'est là pour beaucoup de médecins tout un chapitre de leur éducation professionnelle qui reste à faire. A cet égard, les quinze conférences sur l'*hygiène alimentaire*, que vient de publier Dujardin-Beaumetz, rendront un service signalé;

partant des résultats acquis en chimie physiologique et en zootechnie, elles nous montrent en clinique les applications multiples de cette hygiène, non seulement prophylactique, mais curative. L'auteur étudie d'abord en détail les principes alimentaires primordiaux, les aliments complets et le régime lacté, les aliments azotés et végétaux, les graisses, les boissons ; la ration alimentaire normale ainsi définie, viennent les applications thérapeutiques et cliniques de ces prémisses. Quel régime doit-on conseiller à l'obèse, au goutteux, au graveleux, au malade atteint d'albuminurie ou de diabète? Quelle doit être l'alimentation dans les affections de l'estomac ou de l'intestin, dans les fièvres? Autant de questions qui se posent chaque jour, et touchent à la fois aux points les plus délicats de la pathologie générale et de la médecine pratique ; si l'auteur ne peut toujours nous donner des solutions complètes et définitives, il nous fait au moins profiter de tout ce qu'il doit à son expérience personnelle et à son érudition, il nous guide dans la discussion scientifique des faits. La chimie et la physiologie comme point de départ, l'observation clinique comme moyen de contrôle, la thérapeutique alimentaire rationnelle comme but, telle est la méthode suivie par Dujardin-Beaumetz; c'est la seule assurément qui puisse conduire au progrès. A. CHAUFFARD.

De l'influence des amers sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes, par TSCHELZOFF (*Centralblatt f. medic. Wissench.*, n° 23, 1886).

Tschelzoff, soit par des mélanges digestifs préparés artificiellement, soit par des expériences directes sur les animaux, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'addition de substances amères, sous forme d'extraits, à du suc gastrique préparé artificiellement même à petites doses (5 décigrammes à 25 centigrammes pour 100 grammes de suc gastrique), arrête très rapidement la digestion de la fibrine fraîche ; 2° la quantité de peptone diminue considérablement lorsqu'on ajoute des amers à l'albumine soumise à une digestion artificielle ; 3° des doses considérables de substances amères (6 centigrammes à 1 kilogramme) diminuent la sécrétion du suc gastrique ; 4° de faibles doses de ces mêmes substances amènent d'abord une augmentation légère, suivie rapidement d'une diminution notable du suc gastrique. Donc, le pouvoir digestif du suc est affaibli ; 5° les amers n'ont aucune action sur la sécrétion du suc pancréatique et biliaire. Dans certains cas, la bile est augmentée, et cette augmentation doit être mise sur le compte de la masse d'eau ingérée.

Dans une seconde partie du travail, l'auteur étudie l'action des amers sur la fermentation des matériaux soumis à la digestion. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les amers, non seulement ne diminuent pas, mais activent au contraire la fermentation ; 2° plus les doses sont fortes, plus est grande l'intensité de la fermentation ; 3° la fermentation devient plus active sous l'influence des amers purs (quassia et cétrarine). Enfin, dans une dernière série d'expériences relativement à la production de l'azote, sous l'influence des amers, les résultats ont été les suivants :

1° Après injection des amers, de l'absinthe en particulier, la quantité d'azote est augmentée dans les urines et les matières fécales. L'homme

perd de son poids, et, par suite, la désassimilation est accélérée ; 2° cette assimilation est moins nette avec les autres amers.

La conclusion de ce travail est la suivante : les amers ne sont d'aucune utilité dans le traitement des troubles digestifs. A. LESAGE.

I. — **Injections de médicaments gazeux dans le rectum, par L. BERGEON** (*Acad. des sciences*, 12 *juillet* 1886 ; *Assoc. française, Congrès de Nancy, août* 1886, *et Acad. de méd.*, 2 *novembre* 1886).

II. — *Idem*, **par CORNIL et CHANTEMESSE** (*Acad. de méd.*, 19 *octobre* 1886, *et Journ. des comm. méd.*, 2 *et* 9 *déc.* 1886).

III. — **Résultat de la méthode des lavements gazeux dans les affections tuberculeuses des voies respiratoires supérieures, phtisie laryngée, par L. BERGEON** (*Soc. anatomique*, 29 *octobre* 1886).

IV. — **Discussion à la Société de médecine de Lyon** (10 *et* 17 *janvier* 1887).

V. — **Nouveau traitement des affections des voies respiratoires et des intoxications du sang par les injections rectales gazeuses, par V. MOREL** (*Thèse de Lyon*, 1886).

VI. — **De l'antisepsie dans le traitement des maladies des voies respiratoires, par A. de LA ROCHE** (*Lyon méd.*, 28 *novembre* 1886).

VII. — **Des injections rectales gazeuses dans l'hémoptysie, par Hamon DU FOUGERAY** (*Gaz. des hôp.*, 12 *février* 1887).

VIII. — **Des injections rectales gazeuses, par FÉRÉOL, DUJARDIN-BEAUMETZ BARDET etc.** (*Soc. de thér.*, 22 *novembre*, 8 *et* 22 *décembre* 1886).

IX. — **Des dangers qui résultent de l'emploi des lavements d'hydrogène sulfuré, par PEYRON** (*Soc. de Biol.*, 20 *novembre* 1886).

X. — **De l'hydrogène sulfuré en thérapeutique, par G. SÉE** (*Gaz. méd. de Paris*, 1er *janvier* 1887).

XI. — **Étude théorique sur l'action physiologique des injections rectales de mélanges de gaz acide carbonique et de vapeurs médicamenteuses, par SZERLECKI** (*Lyon méd.*, 30 *janvier* 1887).

XII. — **Des inhalations et des injections d'acide carbonique, par Maurice DUPONT** (*Bull. de thérap.*, 15 *janvier* 1887).

XIII. — **Nouveau traitement des affections des voies aériennes par les injections rectales gazeuses, par Paul LECOMTE** (*Thèse de Paris*, 1887).

XIV. — **De l'action des lavements d'acide carbonique dans l'emphysème pulmonaire avec catarrhe, par A. RENAULT** (*Soc. méd. des hôp.*, *janvier* 1887).

XV. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses, par MOTHEAU** (*Thèse de Paris*, 12 *février* 1887).

XVI. — **De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire, par P. SPILLMANN et P. PARISOT** (*Soc. de Biol.* 15 *déc.* 1886).

I. — Cette méthode thérapeutique repose sur ce principe de physiologie établi par Cl. Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances même toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination

pulmonaire n'est pas entravée et sur ce fait qu'on peut injecter sans inconvénient de grandes quantités de CO^2 pur dans l'intestin.

Après avoir essayé un grand nombre de médicaments, Bergeon a adopté les eaux minérales sulfureuses et il fait passer deux fois par jour, dans le rectum de ses malades, un courant de 4 à 5 litres de CO^2 qui a traversé 500 grammes d'eau sulfureuse. Le gaz carboniqne entraîne une proportion d'acide sulfhydrique. Sous l'influence de cette médication, qui n'a jamais été suivie d'accidents, on voit chez les phtisiques la toux diminuer, les sécrétions purulentes tarir, les sueurs se supprimer et l'état général se relever.

II. — Cornil confirme les bons résultats annoncés par Bergeon. Chantemesse a essayé cette médication chez deux asthmatiques qui ont eu, une demi-heure après l'injection sulfocarbonée, un soulagement notable de la dyspnée. Chez 9 phtisiques l'augmentation de poids du corps a été rapide : 500 grammes, 1 kilogramme par semaine ; la toux et l'expectoration ont bien diminué. Les crachats contiennent cependant toujours des bacilles.

III. — Bergeon présente une malade atteinte de phtisie laryngée avec lésions pulmonaires, ayant les cordes vocales presque détruites, souffrant de dysphagie par suite d'ulcérations laryngées, manifestement améliorée par les lavements. L'expectoration est réduite à 3 ou 4 grammes par 24 heures. La cicatrisation des ulcères laryngés se maintient depuis 7 mois, mais il y a toujours des bacilles.

IV. — Bondet critique la méthode; sur 12 malades, 5 ont mal supporté les injections. Chez 2 malades tuberculeux, mais apyrétiques, il y a eu une notable amélioration ; mais chez 5 ayant de la fièvre, aucune amélioration. Bondet ne croit cette méthode thérapeutique indiquée que dans les formes lentes, torpides de la phtisie.

Poullet vante les injections gazeuses comme traitement de la coqueluche.

V. — Exposé détaillé de la méthode de Bergeon et description de l'appareil imaginé par l'auteur pour ces injections.

VI. — De la Roche a traité 15 tuberculeux par la méthode de Bergeon; on voit rapidement cesser la fièvre et les sueurs, diminuer les crachats. Les injections amènent de la diarrhée et surtout des coliques assez vives, qui obligent parfois à renoncer au traitement. Chez un enfant coquelucheux, des injections rectales d'eucalyptus ont amené une détente notable ; au 7e jour, il n'y avait qu'une quinte par 24 heures.

VII. — Hamon a reconnu le bon effet des lavements dans les hémoptysies tuberculeuses. Chez 3 malades, l'application du traitement fit cesser la toux, l'expectoration sanglante.

VIII. — Dujardin-Beaumetz a essayé les injections chez un asthmatique qui n'a éprouvé aucun soulagement, chez une malade avec catarrhe bronchique, qui a été rapidement améliorée. Mêmes résultats favorables chez les phtisiques. Dujardin-Beaumetz employait de l'eau sulfureuse artificielle, mais il se demande si les bons effet ne sont pas dus surtout à l'acide carbonique.

Féréol signale l'irritation intestinale (coliques, diarrhée) qui survient à la suite de ces injections.

Dujardin-Beaumetz a essayé diverses substances, iodoforme, eau

sulfocarbonée, etc... pour ne garder comme médicaments injectables que l'eau sulfureuse et le terpinol. La quantité de bacilles des crachats n'a jamais varié.

Bardet présente un appareil perfectionné pour cette méthode thérapeutique.

IX. — En injectant dans le rectum d'un chien 50 centimètres cubes d'une solution saturée d'hydrogène sulfuré, on peut constater aussitôt l'exhalation du gaz dans la respiration, et le chien meurt au bout de 12 minutes avec les signes de l'empoisonnement par ce gaz.

Chez un second chien, une injection de 60 centimètres cubes, puis, 12 minutes après, de 40 centimètres cubes, a amené la mort en 3 minutes.

X. — G. Sée est opposé à cette pratique. L'hydrogène sulfuré est un agent trop toxique. Les injections n'agissent que sur la bronchite concomitante de la pthisie, mais ne diminuent pas la bacillose.

XI. — Szerlecki attribue l'action curative à l'association de l'acide carbonique aux vapeurs médicamenteuses, et propose de remplacer les lavements par la respiration d'une atmosphère artificielle contenant 1 0/0 de CO^2 et 0,0005 d'acide sulfhydrique.

XII. — Dupont ne trouve pas d'avantage aux injections rectales sur les inhalations. C'est à l'acide carbonique que sont dus les bons effets de cette médication, et les propriétés de ce gaz permettent de retirer de meilleurs effets des inhalations.

XIII. — Etude inspirée par Dujardin-Beaumetz et conforme aux conclusions de cet observateur. Les injections d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré sont celles qui ont été le plus efficaces. L'eucalyptol et l'eau sulfo-carbonée ont provoqué des symptômes d'irritation. Le terpinol a donné de bons résultats. L'acide carbonique pur agit surtout comme anesthésique.

Chez tous les tuberculeux, alors même que l'expectoration était réduite au dixième, on trouvait toujours des bacilles.

XIV. — Renault a employé les injections rectales d'acide carbonique dans plusieurs cas de catarrhe bronchique avec emphysème ; il injectait chaque fois un litre de gaz, sans le moindre accident. Il a vu chez tous ses malades la dyspnée et la toux diminuer rapidement ; l'amélioration fut rapide. C'est aux propriétés anesthésiques de ce gaz, à son action sur la respiration et la circulation, qu'il faut attribuer le bon résultat dans ces cas.

XV. — On trouvera dans la thèse de Motheau une víngtaine d'observations d'application de la méthode de Bergeon. Les résultats ont été variables : favorables dans les formes apyrétiques avec lésions limitées ; nuls quand la phtisie a une allure fébrile, rapide.

XVI. — D'après les recherches de Spillmann et Parisot, les résultats obtenus chez les malades sont dus surtout à l'action anesthésique de l'acide carbonique. Aussi regardent-ils cette méthode de traitement comme ne présentant aucune supériorité sur les autres. A. CARTAZ.

Phtisical lung injected with carbolized iodine (Injections d'iode phéniqué dans un poumon tuberculeux), par J.-Blake WHITE (*N. York Acad. of med.* 2 *décembre* 1886).

Homme de 46 ans, arrivé au dernier degré de la phtisie, avec une large caverne au sommet gauche ; expectoration considérable, sueurs profuses, etc.

Le 19 juillet, injection de 10 gouttes de teinture d'iode phéniquée dans la caverne, à travers le premier espace intercostal. Pas de réaction, bien-être manifeste les jours suivants. Huit jours plus tard, deuxième injection. Le 30 août, troisième injection de 25 gouttes.

Mort du malade, le 19 octobre. A l'autopsie, les parties supérieures du poumon où avaient été faites les injections, présentaient un état de désorganisation moins prononcé qu'à la base. La caverne contenait une très petite quantité de pus. A. CARTAZ.

I. — De l'action de l'antifébrine, par BERNHEIM (*Soc. de méd. de Nancy, octobre* 1886).

II. — Zur Wirkung der Antifebrin, par RIESE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 835, 1886).

III. — De l'action antipyrétique et antirhumatismale de l'antifébrine, par P. SNYERS (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège,* 1886).

IV. — Action thérapeutique de l'acétanilide, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. de thérap.*, 22 *décembre* 1886).

V. — Étude sur l'emploi de l'acétanilide dans quelques affections fébriles et dans certains états nerveux, par J. MARION (*Thèse de Lyon*, 1886).

VI. — Antifebrin bei Typhus, par B. GRÜNEBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 849, 6 *décembre* 1886).

VII. — Sur l'antifébrine, par GOETZ et REVILLIOD (*Rev. médic. Suisse romande, VII*, *p.* 49 *et* 50, *janvier* 1887).

VIII. — Note sur l'antifébrine, par Louis SECRETAN (*Ibidem*, *VII*, *p.* 29, *janvier* 1887).

I. — L'antifébrine, administrée à 10 typhoïdiques et à 1 tuberculeux, a donné entre les mains de Bernheim les résultats suivants :

Abaissement de la température au bout d'une demi-heure à une heure, avec minimum à la troisième heure ; persistance de l'action antipyrétique pendant 6 heures, puis réascension à la température initiale accompagnée dans 3 cas d'un frisson. Un collapsus, avec sensation de froid pendant 2 heures, s'est produit chez un enfant après l'administration d'une dose de 25 centigrammes.

Consécutivement à l'ingestion du médicament, absence de troubles digestifs, mais sueurs avec rougeur cyanotique de la face et des extrémités, dans la moitié des cas. L'association, comme la pratique Bernheim, de l'atropine à l'antifébrine empêche cette diaphorèse sans modifier l'effet antipyrétique.

Les doses d'antifébrine administrées ont été de 25 à 75 centigrammes et même 1 gramme. Les malades prenaient 25 centigrammes une seule fois, ou 25 centigrammes d'heure en heure.

D'après l'auteur, l'antifébrine est le meilleur des antipyrétiques; mais,

tout en abaissant les hautes températures, ce médicament reste sans action sur l'évolution générale de la maladie.

L'antifébrine est peut-être efficace au début de la tuberculose ; dans le rhumatisme articulaire aigu, il jouit probablement d'une action analgésique analogue à celle de l'antipyrine et du salicylate de soude.

P. PARISOT.

II. — Riese a administré l'antifébrine à 30 fébricitants; les malades prenaient d'abord 2 grammes par jour, puis, s'ils supportaient bien cette dose, on allait jusqu'à 3, 4, et même, dans un cas, jusqu'à 6 grammes. Chez 10 rhumatisants aigus, il a maintenu la température constamment basse au moyen de doses d'un gramme répétées quatre fois dans les 24 heures.

Dans 5 cas de fièvre typhoïde, il n'a pas modifié la marche générale de la température, ni réussi à empêcher les exacerbations vespérales.

4 pneumoniques ont été influencés favorablement par l'antifébrine, qui a maintenu la température à 2° du maximum probable.

2 pleurésies d'intensité moyenne ne paraissent pas avoir été modifiées.

10 phtisiqnes ont dû à des doses répétées de 25 centigrammes des abaissements momentanés de température.

Le médicament n'a pas déterminé d'accident.

En résumé, l'antifébrine ne paraît avoir d'action spécifique que sur le rhumatisme articulaire aigu. L. GALLIARD.

III. — Snyers a employé l'antifébrine dans la fièvre typhoïde, la tuberculose et surtout le rhumatisme. Chez les phtisiques, les doses de 20 à 25 centigrammes suffisent souvent pour abaisser le température de plusieurs degrés.

Dans le rhumatisme, quand le malade est vigoureux, Snyers donne 40 à 50 centigrammes, à répéter suivant l'effet; mais en général, il ne procède que par doses de 20 ou 25 centigrammes jusqu'à concurrence de 1 gr, 50 à 2 grammes. L'étude comparative avec les autres antipyrétiques montre que l'antifébrine n'est pas supérieure à l'antipyrine, et que, dans le rhumatisme, ses effets sont égaux à ceux de cette substance et du salicylate. A. C.

IV. — D'après Dujardin-Beaumetz, l'acétanilide est un puissant modificateur de l'excitabilité médullaire, et son action paraît porter surtout sur la partie supérieure de l'axe spinal. La dose de 1 à 2 grammes, chez l'adulte bien portant, ne produit aucun effet appréciable; cette dose est pourtant suffisante pour amener chez les tabétiques une cessation des douleurs et une diminution de l'hyperexcitabilité; la marche de la maladie n'est nullement influencée. Chez un épileptique, ce médicament fit cesser les accès convulsifs.

Dujardin-Beaumetz donne l'acétanilide dans du vin, par doses de 50 centigrammes espacées réguli èrement. A. C.

V. — Dans la fièvre typhoïde, l'acétanilide a donné des résultats aussi satisfaisants que l'antipyrine; elle a été inférieure à ce médicament contre le rhumatisme. L'acétanilide a toujours calmé les douleurs fulgurantes de l'ataxie, les crises gastriques à part. Son action a été nulle dans le tremblement de la paralysie agitante; assez bonne dans un cas de tremblement par sclérose en plaques. A. C.

VI. — Grüneberg, chez de nombreux typhoïdiques, a toujours obtenu

l'abaissement de la température avec une dose variable de 25 à 50 centigrammes, pendant qu'il s'agissait de la période de déclin ou, au contraire, d'état de la maladie. Le thermomètre tombe généralement en 3 ou 4 heures de 2 degrés à 2 degrés et demi, pour remonter à son niveau antérieur durant les 4 heures suivantes. Mais on peut retarder cette réascension, souvent même maintenir la température basse, en donnant une nouvelle dose de 25 à 50 centigrammes suivant le cas, au bout de 6 heures, alors que le thermomètre a déjà commencé à remonter.

Chez un malade où une dose de 50 centigrammes était pleinement suffisante le matin, le soir il en fallait 3 ou 4 pour diminuer seulement de 1/2 à 1 degré une température de 40 degrés à 40°, 6.

Chez la plupart, la chute thermométrique s'est faite au milieu de sueurs très profuses. En revanche, aucun n'a eu ni cyanose ni collapsus, ni exanthème ni répugnance à prendre le médicament, ni phénomènes d'intolérance stomacale ou intestinale.

L'acétanilide a été aussi essayée chez une fillette de 6 ans atteinte de scarlatine avec persistance, sans complications, de la fièvre durant près de 3 semaines. Cette enfant, qui vomissait l'antipyrine, a facilement pris l'antifébrine qui a eu ses effets ordinaires. J. B.

VII. — Goetz a pu constater que l'antifébrine est très bien supportée par l'estomac, il a pu l'administrer 30 jours de suite sans inconvénient. Il la prescrit à la dose de 30 centigrammes répartie en deux prises, à une demi-heure d'intervalle ; au bout de quelques jours, il faut augmenter la dose jusqu'à 45 ou 60 centigrammes. On peut dire que l'acétanilide est 4 fois plus active que l'antipyrine. L'action antipyrétique a paru constante ; une demi-heure après l'administration de la dernière dose, la température commence à baisser pour atteindre son maximum au bout de 2 à 3 heures, puis elle remonte lentement et ne revient au point de départ que 6 à 8 heures après. Dans la majorité des courbes thermiques, l'apyrexie a duré de 7 à 8 heures.

Goetz a surtout employé l'antifébrine dans la fièvre liée à la tuberculose pulmonaire. Elle a l'immense avantage de donner très peu de sueurs et jamais de collapsus ni d'érythème. Aussi la considère-t-il comme l'antipyrétique de choix dans les affections pulmonaires. Revilliod a employé l'antifébrine chez un tuberculeux qui avait des accès de fièvre intermittente lesquels ont été ainsi supprimés. J. B.

VIII. — Secretan a essayé l'acétanilide chez 19 malades, dont 14 fébricitants (5 typhoïdiques, 3 tuberculeux, 5 rhumatisants). Une jeune fille de 20 ans atteinte de rhumatisme articulaire subaigu (38°, 4) s'est montrée complètement réfractaire à l'action du médicament, malgré une dose quotidienne de 3 grammes. Chez les autres fébricitants, les effets antithermiques de l'acétanilide ont été très nets. Chez les typhoïdiques notamment, l'action de l'antifébrine a égalé certainement en intensité celle de l'antypirine.

Secretan n'a observé aucun trouble de la sécrétion urinaire. Deux typhoïdiques seulement ont eu, à la fin de la période d'apyrexie, un frisson qui ne s'est pas répété.

Les nausées et vomituritions, sans être fréquentes, semblent être moins rares qu'avec l'antipyrine. Secretan n'a pas constaté d'exanthème.

La dose nécessaire pour abaisser la température est de 2 à 4 fois moins considérable que celle d'antipyrine.

Dans quelques névralgies, l'acétanilide a donné aussi de bons résultats.

Un avantage de l'antifébrine sur l'antipyrine, c'est son bon marché. (*R. S. M.*, XXIX, 50 et 51.) J. B.

Antipyrine and arsenic in the treatment of malarial fevers, par David-B. FRONTIS (*Med. News*, 11 *décembre* 1886).

Frontis publie quatre cas de fièvre intermittente et rémittente survenue chez des malades qui ne pouvaient supporter la quinine. Il eut l'idée de leur administrer l'antipyrine, à la dose de 75 centigrammes à 1 gr. 50 par jour, concurremment avec la liqueur de Fowler. Dans deux cas, le résultat a été favorable; dans un cas de malaria, les avantages furent peu marqués et l'on dut continuer l'usage de la quinine. A. C.

Note sur le traitement de l'accès de migraine par l'antipyrine, par Wlad. SPRIMONT (*Méd. Obosrénié*, n° 23, 1886).

L'antipyrine, à la dose de 2 grammes, administrée pendant l'accès de migraine, affaiblit la douleur sans diminuer la durée de l'attaque; mais, prise à la période des prodromes, la même dose prévient le paroxysme presque à coup sûr. Si le malade est faible ou enclin aux vertiges, il vaut mieux lui donner la quantité totale du médicament en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Quelquefois même, 1 gramme d'antipyrine suffit pour obtenir l'effet désiré. W. HOLSTEIN.

La cocaïne dans le traitement de la sténocardie, par LACHKIEVITCH (*Russk. Medicina*, n° 12, 1886).

Trois à quatre prises de 2 à 3 centigrammes chacune de chlorhydrate de cocaïne, continuées pendant un certain temps, seraient, d'après Lachkiévitch, un bon remède contre l'angine de poitrine. Après quelques jours de ce traitement, les accès diminuent graduellement de fréquence et d'intensité, pour disparaître ensuite; le pouls devient moins fréquent et plus plein et la quantité de l'urine augmente. W. HOLSTEIN.

I. — Inhalations of muriate of cocaine in whoopingcough (coqueluche), par H. GARNETT (*Journal of Amer. med. Assoc.*, *p.* 403, 9 *octobre* 1886).

II. — Cocaine in whoopingcough, par Emmet HOLT (*New York med. Journal*, 23 *octobre* 1886).

I. — 10 gouttes d'une solution à 6 0/0 de muriate de cocaïne dans du chloroforme sont versées dans un verre d'eau chaude placé sous la bouche du patient dont on ferme les narines : inhalations toutes les quatre heures, et si possible, sitôt avant ou après l'accès de toux; dans le dernier cas, employer une dose deux fois plus forte.

En agissant ainsi, souvent les paroxysmes furent entièrement arrêtés, et lorsque la maladie ne fut point guérie ou abrégée, elle fut modifiée et atténuée dans l'intensité des paroxysmes. MAUBRAC.

II. — Holt s'est servi d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 pour badigeonner la gorge de cinq enfants atteints de coqueluche.

Un de ces enfants, âgé de 21 mois, paraît avoir été intoxiqué par le médicament et a succombé. Pour éviter des accidents analogues, on a remplacé le badigeonnage par les pulvérisations avec la même solution. Après la cocaïne, on touchait la gorge avec une solution de résorcine à titre d'antiseptique.

Un enfant de 3 mois, après la seconde pulvérisation, a eu de la prostration, puis des convulsions, et, pendant neuf heures, on a craint une terminaison fatale.

Chez un enfant de 6 mois, même accident.

Un enfant de 8 mois a eu, au bout de sept jours, des accidents nerveux, des vomissements, de la dilatation pupillaire. Enfin, un sujet de 21 mois, après quatre pulvérisations, a présenté des signes d'intoxication graves, mais a guéri.

En résumé, la cocaïne est dangereuse dans le traitement de la coqueluche.

L. GALLIARD.

Das Ichthyol und seine Bedeutung, etc. (L'ichthyol et ses applications, etc.), par LORENZ (*Deutsche militärartzliche Zeitschrift*, 1885).

L'ichthyol a donné de bons résultats dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique, dans le rhumatisme musculaire aigu, la mastite, le panari, la contusion et même la pleurésie. On frictionne la partie malade avec l'ichthyol pur ou dilué. On observe une action calmante et antiphlogistique de ce produit ; après les frictions, il y a souvent de l'hyperhydrose.

Dans les affections cutanées, l'emploi de l'ichthyol a rapidement donné de bons résultats, par exemple, dans le prurigo, chez une femme de 60 ans (Ichthyol, 30 gr. ; eau, 100 gr.). Une solution aqueuse, à 10 0/0, amène la disparition du prurit vulvaire. La douleur est rapidement calmée dans les brûlures, qui se cicatrisent plus vite. L'auteur enfin a encore employé l'ichthyol avec succès à l'intérieur (25 centigr. par capsule), dans le catarrhe de l'estomac. H. BALZER.

L'acide osmique dans le rhumatisme musculaire, par GRINÉVÉTZKY (*Russkaia Med.*, n° 24, 1880).

Dans dix cas de rhumatisme musculaire aigu et chronique, le traitement par les injections hypodermiques de 3 à 6 gouttes d'une solution d'acide osmique à 1 0/0 s'est montré très efficace. W. H.

Sixty cases of sciatica treated by galvanism, par STEVENSON (*The Lancet*, 17 *juillet* 1886).

Sur 60 cas de sciatique pris sans les choisir, et traités par l'application des courants continus, l'auteur aurait obtenu 37 guérisons (le nombre des séances d'électrisation a été de 4 à 15 selon les cas). 11 malades ont été améliorés, mais non guéris ; 2 n'ont éprouvé aucune amélioration ; enfin 9 cas sont demeurés douteux. Des deux insuccès observés l'un était relatif à une sciatique symptomatique d'abcès froid de l'ischion ; dans l'autre il s'agissait d'un individu ayant séjourné longtemps aux Indes, ayant eu la dysenterie et la fièvre intermittente, et qui n'étant pas guéri après huit séances n'est pas revenu. H. BARTH.

Applications topiques de vaseline iodoformée dans la variole, par COLLEVILLE (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, 15 *août* 1886).

Colleville emploie dans la variole la vaseline iodoformée au 1/20, qui, entre ses mains, n'a jamais produit d'accident d'intoxication. Les avantages de cette pommade seraient la diminution de la douleur, grâce à l'action anesthésique de l'iodoforme, et surtout l'affaissement, en un ou deux jours, des pustules, sans formation de croûtes, ainsi que l'absence de cicatrice ultérieure. P. PARISOT.

Deux observations de scarlatine traitée avec succès par les bains froids, par H. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 22 *août* 1886).

Mollière rapporte deux cas de scarlatine à forme maligne où la balnéation a eu les plus heureux résultats.

Dans le premier cas, enfant de 7 ans 1/2, la température s'était élevée au-dessus de 41°, les lotions et affusions froides n'avaient amené aucune défervescence. On prescrivit des bains de 18° toutes les trois heures ; les 35 premiers bains furent d'une durée de trois minutes, les derniers de dix minutes. Il n'y eut pas de complications rénales. La desquamation fut très longue.

Dans le deuxième cas, enfant de 9 ans, température de 41°, délire violent, diarrhée, amygdalite ulcéreuse, albuminurie. On administra 115 bains. A peine convalescent de cette scarlatine grave, l'enfant fut pris de fièvre typhoïde qu'on traita également par les bains (39 bains).

Dans la discussion qui a suivi cette communication, F. Glénard approuve énergiquement l'emploi du bain froid à 18° et même moins, quand la température persiste plus de deux ou trois jours à 41°. Il ne veut pas qu'on prenne ce moyen thérapeutique comme un remède *in extremis*, mais qu'on l'applique dès le début dans les formes qui s'annoncent comme graves ou lorsque la fièvre ne tombe pas rapidement.

Colrat, sur 60 scarlatineux, en a traité 15 par l'eau froide (5 morts). Jamais il n'a vu de collapsus, ni d'albuminurie persistante.

R. Tripier se demande si la longue durée des scarlatines traitées par les bains froids ne tiendrait pas à l'action du bain ou à la manière de les donner. Il cesse les bains dès que la température s'abaisse et laisse évoluer la maladie.

Pour H. Mollière, cette méthode ne s'adresse qu'à la forme hyperpyrétique, qu'il y ait ou non des complications, sauf du côté du cœur. En raison de la facilité du collapsus dans cette maladie, le bain doit être court, mais plus répété. A. CARTAZ.

Bright's disease of the kidneys successfully treated with chloride of sodium (La maladie de Bright traitée avec succès par le chlorure de sodium), par MEMMINGER (*New York med. Journal*, 31 *juillet*, *p.* 124, 1886).

L'auteur a traité 4 sujets atteints du mal de Bright, par le chlorure de sodium. Il leur prescrivait d'abord 3 capsules contenant 50 centigrammes de sel à prendre en 24 heures; le second jour 6 capsules, puis chaque jour une capsule en plus jusqu'à 15 capsules. Au moment où les malades arrivaient à 15 capsules, on notait une diminution notable de l'albumine; le médecin prescrivait alors des doses décroissantes, pour revenir à 6 capsules en 24 heures. S'il voyait l'albumine augmenter de nouveau dans l'urine, il multipliait les doses de chlorure de sodium.

Le médicament était en général bien supporté. Il déterminait non seulement la diminution de l'albumine, mais l'augmentation de l'urée et des chlorures et, en même temps, l'amélioration de l'état général. Les résultats du traitement paraissent donc, d'après l'auteur, plus accentués que ceux que poursuivent les médicaments habituellement employés dans le mal de Bright. Les sujets traités n'étaient pas soumis au régime lacté exclusif. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques, par HIRSCHFELD (*Bulletin de thérapeutique*, 30 *juillet* 1886).

1° Les injections sous-cutanées ferrugineuses sont inefficaces. Dans certains cas, cependant, elles ont paru produire une légère amélioration. Hirschfeld pense que, dans le cas particulier, le séjour à l'hôpital aurait été suffisant pour que le nombre des globules se soit élevé sans aucun traitement ;

2° Ces injections sont douloureuses et sont souvent cause d'indurations sous-cutanées et d'abcès ;

3° Cette médication est peu pratique et difficilement applicable dans la clientèle ;

4° Actuellement, il n'existe aucune préparation qui réalise toutes les conditions désirables pour ces injections. ADOLPHE LESAGE.

Des propriétés vésicantes de l'hydrate de chloral, par A. IVANOVSKY (*C. R. de la Société méd. de Kharkow, n°* 6, 1886).

Ivanovsky propose de remplacer le vésicatoire cantharidien par un emplâtre à l'hydrate de chloral, qui présenterait les avantages d'une action rapide et d'une absence presque complète de douleur. Dans neuf cas où l'auteur a employé cet emplâtre, il s'est formé, en dix minutes, une vésication complète. Ce vésicatoire se prépare en saupoudrant de chloral du sparadrap de diachylon. On chauffe un peu pour obtenir un commencement de fusion et d'adhérence du chloral. Une sensation de brûlure est l'indice de l'effet suffisant de l'emplâtre qui doit être alors enlevé. W. HOLSTEIN.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, par E. DEMANGE (*In*-8, *Paris*, 1886).

Les leçons que vient de publier Demange sont consacrées à l'étude histologique et physiologique de l'involution sénile; voici quelles en sont les principales données. Quel que soit chez le vieillard l'organe que l'on envisage, vaisseaux, cœur, reins, appareils digestif, respiratoire, nerveux, etc..., le processus involutif reste le même. L'élément noble, la cellule s'atrophie d'abord, puis subit la dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse qui est sa fin. La trame conjonctive s'épaissit par un

travail de sclérose qui contribue encore à l'étouffement des éléments dont elle est le support. Enfin, les petits vaisseaux, qui président aux circulations locales nutritives ou fonctionnelles, sont atteints d'endopériartérite.

La sclérose sénile reconnaît trois modes de production, qui tous peuvent se trouver réunis sur le même organe : sclérose d'origine épithéliale, débutant et rayonnant autour des éléments cellulaires atrophiés ; sclérose d'origine périvasculaire, par irradiation trabéculaire ou diffuse de la périartérite; sclérose d'origine capsulaire ou corticale, pouvant ainsi pénétrer plus ou moins dans la profondeur de certains parenchymes.

Soit que l'on considère, avec Canstatt, l'altération sénile des éléments comme la manifestation d'une propriété inhérente à leur biologie, et qui constitue la phase d'involution ; soit que l'on pense, comme l'auteur, que cette destruction lente est intimement liée aux troubles circulatoires et par conséquent nutritifs de l'élément, le résultat est le même : l'organe s'atrophie en même temps que la fonction, et lorsque l'ensemble des organes indispensables à la nutrition s'est écroulé pièce à pièce, la mort naturelle en est le résultat. A. CHAUFFARD.

A practical treatise on the sputum, etc. (Traité pratique de l'expectoration particulièrement dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et du poumon), par G.-Hunter MACKENZIE (In-8°, *Edimbourg*, 1886).

L'examen des crachats est devenu d'une importance capitale dans les affections pulmonaires, depuis la découverte du bacille de Koch. Mackenzie, convaincu qu'un examen attentif macroscopique et microscopique peut éclairer le clinicien sur le diagnostic de diverses maladies, a réuni dans ce volume le résultat de ses nombreuses observations. Il est impossible d'analyser un ouvrage de ce genre; je signalerai au passage les points les plus saillants.

A propos de l'asthme, Mackenzie n'attache pas de signification pathognomonique à la présence des cristaux de Charcot, qu'on peut trouver dans d'autres affections. Il a rencontré quelquefois dans la pneumonie ou la pleuro-pneumonie non spécifique la variété de schizomycètes qu'Œrtel a regardée comme spéciale aux phtisies commençantes. Le pneumocoque de Friedländer ne lui semble pas d'une valeur irrécusable, car on l'a observé dans des cas où il n'y avait pas de pneumonie (hydrothorax avec congestion pulmonaire). Les caractères macroscopiques ont plus d'importance dans la pneumonie que la présence du microcoque.

Dans la phtisie, la présence de fibres élastiques dans les crachats n'a rien de pathognomonique. Quant au bacille de Koch, c'est un indice caractéristique, car il ne se trouve, dit Mackenzie, jamais, dans d'autres affections pulmonaires. Le bacille existe-t-il dès le début quand le malade ne tousse pas ? Mackenzie l'a cherché sans succès dans l'air expiré. Pour lui, la présence du bacille, sans autres constatations, ne peut pas indiquer le degré de la maladie ; cependant, quand on en trouve une grande quantité, on doit regarder l'état comme grave.

Dans les chapitres suivants, Mackenzie examine la composition des crachats dans l'anthracose, la pneumomycose et les diverses affections

du nez, de la bouche et du larynx. L'ouvrage se termine par des considérations thérapeutiques dérivées de cette étude histo-chimique et par l'exposé de la technique. 33 belles planches coloriées donnent l'image des divers éléments des crachats dans chaque maladie. A. CARTAZ.

La goutte, sa nature et son traitement, par W. EBSTEIN, trad. franç. par CHAMBARD (*In-4°*, *Paris*, 1887.)

Le traité de la goutte d'Ebstein, dont Chambard vient de nous donner une très bonne traduction, n'est pas une monographie didactique. C'est avant tout un livre personnel, riche en faits nouveaux d'anatomie et de physiologie pathologiques.

Après une introduction historique peut-être un peu courte, Ebstein étudie les lésions organiques caractéristiques de la goutte humaine, et, comme conclusion de ses recherches histologiques, il établit que les concrétions uratiques ne sont pas le fait primitif et dominant de la goutte. Partout, dans les reins comme dans les cartilages articulaires ou fibreux, dans les tendons, le tissu conjonctif sous-cutané ou intermusculaire, on retrouve, comme stade initial, l'existence de foyers en voie et en état de nécrose, produits par la présence d'urates neutres de soude dans les tissus. La formation des urates cristallisés, si caractéristiques au point de vue macroscopique, n'est que secondaire, et n'a lieu qu'après la mort totale du tissu, c'est-à-dire dans les foyers de nécrose complète. Autour de ces foyers goutteux typiques, consistant en tissus mortifiés et chargés d'urates, se montre bientôt une réaction inflammatoire plus ou moins étendue.

Chez les animaux, la nosologie comparée ne donne que peu de documents; tout au plus a-t-on observé quelques faits de goutte chez le chien, chez le porc (Virchow), et parfois des états pathologiques analogues chez les reptiles.

Voici, en revanche, les résultats très curieux que donne la pathologie expérimentale. Ebstein a opéré sur des coqs, soit par la ligature des uretères, soit en détruisant le parenchyme rénal au moyen d'injections sous-cutanées de chromate neutre de potasse. La stagnation ainsi produite d'une urine renfermant presque uniquement de l'acide urique crée, dans les différents tissus et organes des coqs, des foyers parfaitement analogues aux foyers goutteux de l'homme, par exemple dans la foie et le cœur, parfois aussi dans les reins. Mais on ne réussit pour ce dernier organe que lorsque le tissu rénal a été lésé dans sa nutrition par les sels chromiques. Si la rétention d'urine produite par la ligature des uretères ne détermine pas de foyers goutteux dans les reins, c'est que les différents organes n'offrent pas la même résistance à l'imprégnation urique.

On peut faire naître de même des infiltrations constantes dans la cornée du lapin, en y injectant de l'acide urique pur ou de l'urate de soude, résultat que ne donne ni l'urée, ni la xanthine, la guanine, etc.

Si nous arrivons maintenant à l'application des données précédentes à la goutte humaine, voici les solutions que nous propose Ebstein. Pour une série de raisons, tirées de l'anatomie, de la clinique et de la chimie, la cause productrice de la goutte primitive des articulations doit être cherchée dans les extrémités malades, dans les muscles et dans les os.

L'inflammation ainsi provoquée est aseptique. Les urates circulent dans les humeurs sous forme de combinaisons uriques neutres ; ils cristallisent dans les dépôts goutteux sous forme de composés acides ; mais pour cela un acide libre est nécessaire, acide dont la formation est exclusivement soumise à des conditions locales, et liée à la nécrobiose préexistante du tissu.

Quant à l'analyse des symptômes de la goutte, au chapitre trop court consacré à la goutte rénale et à la question de la goutte saturnine, nous renvoyons à l'original, ainsi que pour le chapitre consacré au traitement et surtout au régime alimentaire des goutteux.

Ajoutons en terminant que de très belles chromolithographies accompagnent cet ouvrage éminemment intéressant. A. CHAUFFARD.

I. — Untersuchungen ueber die Ætiologie der Endocarditis, par FRÄNKEL et A. SÄNGER (*Centralbl. für klin. Med.*, n° 34, 1886).

II. — On ulcerative endocarditis, par BYROM BRAMWELL (*Americ. journ. of the med. Sc.*, *juillet* 1886).

III. — Ulcerative endocarditis, par W. BROADBENT (*Brit. med. journ.*, *p.* 1165, *juin* 1886).

IV. — Endocardite végétante infectieuse des valvules mitrale et tricuspide chez un tuberculeux mort de pneumonie, etc., par BARIÉ (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *juillet* 1886).

V. — Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme, par LANCEREAUX (*Union médicale*, 27-29 *juillet* 1886).

VI. — De l'endocardite végétante ulcéreuse dans les affections des voies biliaires, par NETTER et MARTHA (*Arch. de phys.*, 1er *juillet* 1886).

VII. — De l'endocardite végétante ulcéreuse, d'origine pneumonique, par NETTER (*Ibidem*, 15 *août* 1886).

VIII. — Deux cas d'endocardite maligne, par J.-H. MUSSER (*Boston med. journ.*, 25 *novembre* 1886).

I. — Fränkel et Sänger ont étudié 12 cas d'endocardite ; une d'elles appartenait à la variété ulcéreuse, et les autres à la variété plastique.

Les recherches bactériologiques sur la production endocarditique au moyen des procédés de culture ont eu un résultat positif dans 9 cas, alors même que dans quelques-uns l'examen microscopique était resté sans résultat.

Parmi les micro-organismes connus, ils ont trouvé le plus souvent (6 fois) le staphylococcus pyogenes flavus de Rosenbach, une fois seul, isolé, les autres fois accompagné des staphylococcus pyogenes albus de Rosenbach, staphylococcus cereus de Passet, etc.

Parmi les micro-organismes non décrits, les auteurs ont réussi à en découvrir deux, dont l'un ressemble au staphylococcus cereus flavus de Passet, mais diffère de ce dernier en ce qu'il est pathogène pour la souris.

Le second, un bacille, se comportait en pathogène pour la souris, le lapin et le cochon d'Inde.

Se basant sur ces premières recherches, ces auteurs pensent que

l'endocardite plastique est d'origine microbienne, et rejettent la distinction établie entre cette forme et la forme ulcéreuse.

Pour eux, la différence entre ces deux formes tient à la proportion quantitative des micro-organismes, qui serait plus forte dans la variété ulcéreuse.

Quant aux formes cliniques, elles seraient dues, abstraction faite de la localisation de la lésion dans le cœur, à la variété des micro-organismes et à leur mode de groupement. ADOLPHE LESAGE.

II. — Etude anatomique et clinique de 14 cas d'endocardite ulcéreuse, qui, au point de vue du siège des lésions, se décomposent ainsi : valvules aortiques malades dans tous les cas, 7 fois seules, 6 fois avec lésions de la mitrale, 1 fois avec lésion de la tricuspide. Dans 8 cas, on trouva des perforations des sigmoïdes aortiques, et dans 3 cas de la mitrale. L'existence d'une endocardite chronique antérieure était certaine dans 7 cas, probable dans au moins un ou deux autres.

La pneumonie fibrineuse coexistait dans 3 cas. Dans plusieurs cas également, on put constater la présence de micrococci dans les méninges cérébrales, ainsi que dans les vaisseaux et la substance même des circonvolutions.

Toute la partie bactériologique de ce travail, faite en collaboration avec A. Hare, est du reste très incomplète et peu au courant des recherches récentes. A. CHAUFFARD.

III. — Garçon de 23 ans, rhumatisant depuis son enfance. Développement d'une endocardite en 1881, qui reste absolument latente jusqu'au mois de novembre 1883. A cette date, il revient à l'hôpital avec des palpitations, de la dyspnée, et des signes d'insuffisance mitrale et aortique. Il quitte l'hôpital, encore fort souffrant, à la fin de décembre, pour revenir le 4 février, très malade. Il est anxieux, pâle, avec des taches de purpura sur les jambes, le pouls à 120, dicrote et faible, le cœur très dilaté, avec un double souffle systolique à la pointe et diastolique à la base : foie tuméfié, urine albumineuse. (Teinture de digitale, potion à l'éther, l'ammoniaque et l'iodure de potassium.)

Le 11 février, le malade se plaint d'une vive douleur précordiale et d'un redoublement d'anxiété. Le lendemain apparaissent des taches purpuriques sur la joue, qui sont mises sur le compte de l'iodure de potassium. Le 15 février, nouvelle douleur dans la région splénique, toux fréquente, crachats striés de sang : urines également sanglantes, température élevée. Les jours suivants, les bruits du cœur deviennent tumultueux, on n'entend plus que le premier bruit; le bruit diastolique a disparu.

De nouvelles douleurs spléniques surviennent le 22 février, en même temps que se montrent des plaques de purpura sur l'oreille, d'origine évidemment embolique. La mort survient le 3 mars; dans les derniers jours de la vie, les jambes avaient enflé et l'on avait signalé de l'ictère.

L'autopsie montra un cœur très hypertrophié, parsemé de taches ecchymotiques. Dans les cavités droites se voient des masses de caillots qui présentent, sur leurs faces pariétales, de petits foyers abcédés contenant des microcoques; il n'y a pas d'ulcération de l'endocarde. Dans les cavités gauches, la valvule mitrale et les sigmoïdes aortiques sont tapissées d'une masse énorme de végétations fibrineuses et d'agglomérations de microcoques. Les poumons, la rate et les reins sont remplis d'infarctus de toutes les dates.

L'auteur insiste sur la longue durée de l'endocardite septique dans ce cas. H. R.

IV. — C..., entré à l'hôpital au cinquième jour d'une pneumonie franche

du sommet droit; il aurait eu, en 1877 et 1885, deux pneumonies, l'une à droite, l'autre à gauche; il était manifestement alcoolique. Le bruit systolique de la pointe était un peu sourd, les battements réguliers.

Un traitement approprié amena d'abord une sédation des accidents, puis, quoique la lésion pulmonaire fût plus restreinte, se manifestèrent des signes typhoïdes: adynamie, langue sèche, somnolence; en même temps devenait de plus en plus net un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur. Trois semaines après le début des accidents, les signes physiques du côté du poumon étaient très atténués; mais l'état s'aggravait, de grands frissons survenaient, puis l'albumine dans les urines, enfin le coma. Mort au trente-sixième jour de la maladie.

A l'autopsie, on trouva un petit foyer pneumonique au sommet droit, et au voisinage, quelques granulations tuberculeuses grisâtres ou caséifiées. Le cœur présentait de graves lésions à sa valvule mitrale; les deux valves étaient garnies de trois végétations en forme de chou-fleur, du volume d'une noisette, juxtaposées, et oblitérant presque complètement l'orifice; et cependant le pouls était resté jusqu'à la fin ample et régulier. La valvule tricuspide portait des végétations analogues, mais plus petites. La rate, énorme, ramollie, contient des infarctus grisâtres, ainsi que les reins. Sur la convexité du cerveau, du côté gauche, au niveau de la région pariétale, plaque de méningite suppurée, non tuberculeuse.

L'examen histologique des granulations cardiaques montre qu'il n'y a pas de bacilles de la tuberculose, qu'il existe, au contraire, un grand nombre de microbes ronds ou ovoïdes, isolés ou en chaînettes, existant surtout à la superficie. Cornil rapporta à la pneumonie les microbes ovoïdes, et admit que l'endocardite végétante avait été causée par la pénétration dans le sang des bactéries de la pneumonie. H. L.

V. — *Premier cas.* Homme de 33 ans, vigoureux, pris le 12 décembre de fièvre et de vomissements; présente le 20 décembre une fièvre intense. Il porte une éruption polymorphe singulière. Sur le bord cubital de la main droite, croûte noirâtre, superficielle, entourée d'une zone inflammatoire; sur les doigts et dans la paume de la main, éruption pustuleuse varioliforme; sur la face externe du bras, trois nouûres pisiformes, abcédées; au membre gauche, même éruption pustuleuse aux doigts; au visage, quelques pustules, ainsi que sur le tronc. L'examen des viscères, foie, cœur, rate, est négatif; on note seulement une bosselure de l'épididyme du côté droit. Les pustules du doigt renferment un pus brunâtre, où fourmillent des micro-organismes, en points isolés, en couples ou en chaînettes; on retrouve ces microcoques dans le sang. Trois jours après le malade succombait, et on trouvait, à l'autopsie : un abcès intramusculaire dans le petit pectoral gauche; le cœur mou; sur un des piliers de la valvule mitrale, une grosse végétation globuleuse, et quelques petites dans le voisinage ne gênant en rien le fonctionnement des valves; le foie gros, contenant de petits abcès miliaires superficiels ou profonds; dans la rate, quelques infarctus gros comme une cerise; abcès miliaires du cerveau, des reins; la prostate, les canaux déférents, les vésicules séminales et l'épididyme gauche sont remplis d'un pus épais. Le pus des abcès miliaires contient les mêmes microbes pathogènes que ceux du sang ou des pustules; la végétation endocardique est également constituée par des amas énormes de micro-organismes, et des cultures faites ont donné lieu au développement du staphylococcus pyogenes aureus.

Deuxième cas. Le malade entre mourant; il a une fièvre médiocre; la poitrine pleine de râles, les urines troubles, purulentes; le cathéter bute contre un rétrécissement urétral. A l'autopsie, on trouve, à l'orifice aortique, des végétations récentes, détruites en partie; la rate contient des infarctus; la prostate a son lobe droit rempli de pus. L'examen microbiolo-

gique a fourni des résultats semblables à ceux donnés par le premier malade.

H. L.

VI. — Au nombre des complications possibles de la lithiase biliaire, il convient de placer l'endocardite végétante ulcéreuse. Les cancers du foie ou de la tête du pancréas peuvent, comme la lithiase, amener cette endocardite. On trouve alors dans les végétations valvulaires des germes puisés dans les conduits biliaires. Ces germes pénètrent dans le sang, soit par les capillaires sanguins du foie, soit par les branches ou le tronc même de la veine porte. Ils proviennent de l'intestin, où pullulent, ainsi qu'on sait, de nombreuses variétés de microbes. L'altération cardiaque peut occuper le cœur droit; plus souvent elle occupe le cœur gauche. Une lésion antérieure du cœur favorise ces localisations. A. GILBERT..

VII. — Au cours de la pneumonie ou pendant la convalescence, on peut voir apparaître l'endocardite végétante ulcéreuse. Cette endocardite occupe plus souvent que les autres endocardites ulcéreuses les cavités droites du cœur; elle est plus fréquente à l'orifice aortique qu'à l'orifice mitral; elle coïncide très fréquemment avec la méningite; elle est rarement le point de départ d'embolies. Elle s'observe surtout dans les pneumonies épidémiques, chez les individus affaiblis par la grippe, la grossesse, les chagrins, et chez les sujets porteurs d'une lésion cardiaque antérieure. Elle est liée à l'arrêt et au développement sur l'endocarde du microbe pathogène de la pneumonie, du pneumocoque.

L'endocardite qui accompagne la pneumonie est généralement découverte à l'autopsie seulement. L'endocardite qui survient dans la convalescence de la pneumonie est plus facile à reconnaître. Une élévation thermique, parfois des signes d'embolie, des souffles au cœur la caractérisent. La durée de l'endocardite est de 5 à 20 jours. Elle se termine à peu près fatalement par la mort.

Expérimentalement, on peut réaliser chez les animaux une endocardite isolée primitive qui, d'après des observations de Jaccoud, pourrait apparaître chez l'homme.

Toute endocardite développée dans la convalescence d'une pneumonie n'est pas nécessairement une endocardite à pneumocoques. Il y a lieu d'en distinguer une endocardite à streptocoques, manifestation de l'infection pyohémique, après pneumonie. Cette endocardite s'accompagne d'infarctus suppurés, d'embolies capillaires, et coïncide avec des abcès du poumon. A. GILBERT.

I. — The mitral cardiac murmurs, par Austin FLINT (*Americ. journ. of med. sc., p.* 27, 1886).

II. — De quelques modalités du bruit de galop dans l'hypertrophie du cœur, d'origine rénale, par CUFFER et L. GUINON (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1886).

III. — Ueber das Vorkommen und die Erklärung accidenteller diastolischer Herzgeräusche (Des souffles cardiaques diastoliques non organiques), par Hermann SAHLI (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte p.* 257, *juin* 1885).

IV. — Ueber die Bedeutung der gespaltenen Herztone (Les dédoublements des bruits du cœur et leur signification), par NEUKIRCH (*Zeitsch. f. klin. Medic., Band XI, p.* 313).

V. — **Ueber Sclerose und entzündliche Schrumpfung der Herzklappen (Lésions valvulaires inflammatoires et scléreuses), par HAMPELN** (*Zeitsch. f. klin. Medic., Band XI, Heft* 5-6, *p.* 487, 1886).

VI. — **Recherches sur le cœur sénile, par HAUSHALTER** (*Thèse de Nancy,* 1886).

VII. — **Mitral stenosis, par W. BROADBENT** (*Americ journ. of med. sc., p.* 57, 1886).

VIII. — **The effects of high altitudes on cardiac diseases (Influence des altitudes élevées sur les maladies de cœur), par A. LOOMIS** (*New York med. journ., p.* 651, 1886).

IX. — **Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung (Maladies de cœur produites par surmenage), par E. LEYDEN** (*Zeitsch. f. klin. Medic., Band XI, p.* 105, 1886).

X. — **Cases of valvular heart disease long free from serious symptoms (Maladies de cœur de vieille date ne donnant lieu à aucun symptôme), par DYCE DUCKWORTH** (*Brit. med. journ., p.* 7, *juillet* 1886).

XI. — **On right sided endocarditis (Endocardite du cœur droit), par BYROM BRAMWELL** (*Americ. journ. of med. sc., p.* 419, 1886).

XII. — **Bicuspid condition of the semilunar valves (Valvules aortiques bicuspides), par W. OSLER** (*Journ. of American med. Association, p.* 49, *juillet* 1886).

XIII. — **Du rétrécissement congénital de l'aorte descendante, par Ern. BARIÉ** (*Revue de médecine, mai et juin* 1886).

XIV. — **Sulla infiammazione dell'arteria polmonare, par RATTONE** (*Giornale della R. accadem. di medic. di Torino*), *p.* 85, 1885).

XV. — **De l'ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire, par Mariano SEMMOLA** (*Comptes rendus Acad. des sciences, septembre* 1886).

XVI. — **Aneurism of the aorta, par Percy KIDD** (*Clinic Soc. of London in Brit. med. journ., p.* 979, *mai* 1886).

XVII. — **Co-existence d'un anévrisme de l'aorte descendante et d'une maladie d'Addison sans lésion des capsules surrénales, par KRÖNIG et JÜRGENS** (*Berl. kl. Woch., p.* 373, *juin* 1885).

I. — Flint admet les quatre variétés suivantes de souffles mitraux : souffle systolique avec insuffisance ; systolique sans insuffisance, ou intraventriculaire ; présystolique et diastolique.

Chacun de ces quatre souffles a ses caractères individuels ; ils peuvent du reste se combiner entre eux et coexister.

Le souffle systolique mitral sans insuffisance, ou intraventriculaire, a son maximum d'intensité à la pointe du cœur, mais il ne se propage pas vers la gauche, ne s'entend pas en arrière, n'est accompagné d'aucune hypertrophie. On l'observe fréquemment dans la première attaque de l'endocardite rhumatismale, dans la chorée, l'anémie. Il peut être dû à un cordage tendineux étendu d'un point du ventricule gauche au point correspondant de la paroi opposée (?), ou à un dépôt fibrineux sur la face ventriculaire de la valvule mitrale. Quant aux insuffisances fonctionnelles, elles sont, d'après l'auteur, purement hypothétiques.

Pour ce qui est du souffle mitral présystolique, Flint admet qu'il peut se produire sans lésion de la mitrale, par le fait seulement de l'insuffisance des sigmoïdes aortiques.

Le souffle mitral diastolique suit le second bruit, et se termine avant la contraction de l'oreillette. Il s'entend au-dessus de la pointe, et au-dessous d'une ligne horizontale passant par le mamelon.

Il est presque toujours suivi d'un souffle présystolique. Il correspond à ce que nous appelons, en France, le bruit de roulement diastolique, et forme, en se combinant avec le souffle présystolique, le rythme du rétrécissement mitral pur, beaucoup plus fréquent que ne semble le croire l'auteur américain. A. CHAUFFARD.

II. — Le bruit surajouté qui contribue à constituer le bruit de galop de la maladie de Bright peut précéder immédiatement le premier bruit du cœur ou au contraire suivre le second bruit à un court intervalle. Les auteurs, tout en acceptant l'interprétation donnée par Potain pour expliquer la formation du bruit de galop, pensent que le bruit surajouté précède immédiatement le premier bruit lorsque le cœur est atteint d'hypertrophie avec dilatation; dans ces conditions, en effet, le ventricule gauche met plus de temps à se remplir que lorsque la capacité du cœur n'est pas modifiée. Sa tension maxima arrive en un mot plus tard qu'à l'état normal, le bruit de tension diastolique se trouve ainsi retardé. Inversement le bruit surajouté suivrait immédiatement le second bruit lorsque le cœur est atteint d'hypertrophie concentrique.

Le pronostic qui découle de cette interprétation est facile à prévoir; l'hypertrophie avec dilatation sera toujours plus grave que l'hypertrophie concentrique, car elle indique que l'asystolie est proche.

C. GIRAUDEAU.

III. — Chez 3 jeunes filles et chez un jeune garçon chlorotiques, Sahli a perçu au niveau de la base du cœur un souffle diastolique. Il se distinguait du souffle de l'insuffisance aortique par les particularités suivantes : on ne l'entendait que lorsque les malades étaient debout. Il était à peine appréciable à la pointe, tandis qu'il augmentait de force à mesure qu'on se rapprochait de la veine jugulaire, siège elle-même d'un bruit de diable continu dont le souffle cardiaque n'était manifestement que le renforcement. Ce souffle était renforcé par la rotation de la tête du côté opposé et pendant les inspirations. Mais, tandis que chez les 3 jeunes filles il émanait de la jugulaire droite et n'était entendu qu'au niveau de la région aortique, chez le jeune garçon on le percevait surtout à gauche du sternum, au niveau de l'artère pulmonaire et de la jugulaire gauche.

Parmi les auteurs allemands, les uns, comme Gerhardt, disent que les souffles veineux du cœur sont renforcés au moment de la systole, tandis que les autres, comme Guttmann, Weil, indiquent un renforcement diastolique. Théoriquement ce dernier se comprend mieux, puisqu'au début de la diastole, il se produit un relâchement simultané de l'oreillette et du ventricule qui accélère l'afflux du sang veineux dans le cœur. Chauveau a démontré, sur le cheval, l'abaissement de pression qui se produit dans la jugulaire interne comme conséquence de cet écoulement plus rapide du sang. D'autre part, Weil a émis l'idée que, si à un examen superficiel, les souffles veineux du cœur paraissent plus fréquemment renforcés au moment de la systole, c'est le résultat d'une illusion acous-

tique tenant à ce que bruit veineux se perçoit additionné du premier bruit carotidien.

Les faits observés par Sahli semblent donner raison à ceux qui admettent que le véritable renforcement des souffles veineux coïncide avec la diastole.

Sahli a perçu le même souffle diastolique, indépendamment de toute insuffisance aortique, chez une femme atteinte de maladie de Basedow.

En terminant, Sahli dit avoir senti au niveau de la pointe du cœur chez des individus sains un frémissement présystolique ne correspondant à aucun phénomène d'auscultation. J. B.

IV. — *a*) Les dédoublements du premier bruit sont très rares. Théoriquement ils peuvent survenir dans les raccourcissements et les allongements des tendons valvulaires — dans les dégénérescences fibreuses ou graisseuses des muscles papillaires — dans les troubles d'innervation. Pratiquement, ils semblent surtout exister dans les dégénérescences graisseuses et les myocardites chroniques. Bien qu'il soit difficile de porter un jugement définitif, ces dédoublements paraissent donc de pronostic fâcheux et doivent faire soupçonner une lésion cardiaque.

b) Les dédoublements du second bruit sont des phénomènes d'ordre physiologique. Mais on les confond souvent avec un bruit présystolique surajouté et qui lui au contraire constitue un certain signe de rétrécissement mitral. Ce bruit présystolique présente pourtant, outre son rythme spécial, des caractères différentiels assez nets. Son timbre est plus sourd, son maximum d'intensité a lieu à la base du ventricule et non sur les gros vaisseaux; cette intensité ne varie pas suivant qu'on place le stéthoscope sur l'aorte ou sur l'artère pulmonaire; enfin il se produit d'une façon constante et n'offre pas les intermittences du dédoublement.

c) Les dédoublements simultanés des deux bruits du cœur n'ont jamais été observés par Neukirch que dans les myocardites. Il les a parfois rencontrés après les diphtéries graves. M. DEBOVE.

V. — La sclérose produit sur les valvules du cœur des lésions très différentes de celle de l'endocardite vraie, de l'endocardite rhumatismale par exemple. Voici, d'après Kampeln, les principaux caractères qui différencient ces lésions.

L'orifice aortique est le seul intéressé, la valvule mitrale conservant une intégrité parfaite. La lésion se borne assez souvent à un rétrécissement pur. L'hypertrophie du cœur n'atteint pas seulement le ventricule gauche, mais porte aussi sur le ventricule droit. Elle n'est donc pas d'origine purement mécanique. Dans quelques cas rares, il y a au contraire dilatation ou atrophie du ventricule droit.

Les malades ont ordinairement passé la cinquantaine; on ne rencontre dans leurs antécédents ni rhumatismes, ni maladies infectieuses, mais ce sont des alcooliques, de grands fumeurs, des surmenés. Ils offrent fréquemment, en outre, des troubles cardiaques, des troubles d'artériosclérose généralisée, athérome artériel, néphrite interstitielle, cirrhose hépatique, etc.

L'évolution clinique est dominée par ce fait que la maladie, au lieu d'être une lésion éteinte comme dans les endocardites inflammatoires, est en voie de progression incessante. Les troubles fonctionnels, la cachexie augmentant sans cesse, le cœur, au lieu d'avoir conservé sa

force, est entièrement faible, mais jamais au cours de l'affection on ne voit apparaître de poussées aiguës ou subaiguës d'endocardite. M. DEBOVE.

VI. — Ce travail d'Haushalter repose sur l'examen anatomique de 23 cœurs de vieillards et sur l'étude clinique de 132 observations.

D'après Haushalter, l'athérome des artères coronaires est presque constant ainsi que l'endartérite des artérioles; la périartérite est très fréquente et entraîne la formation d'une myocardite disposée par îlots.

La diminution de calibre des artères nourricières du myocarde, ainsi que la dyscrasie sanguine du vieillard donnent également naissance à une myocardite granulo-graisseuse.

L'étude clinique du cœur sénile pourrait, d'après l'auteur, se rapporter à six types différents : 1er *type*. Rythme régulier sans bruits anormaux. — 2e *type*. Altération du rythme par irrégularité des contractions sans bruits anormaux. — 3e *type*. Altération du rythme par dédoublement des bruits normaux. — 4e *type*. Bruits anormaux produits à l'orifice mitral. — 5e *type*. Bruits anormaux produits à l'orifice aortique. — 6e *type*. Bruits anormaux produits aux orifices aortique et mitral. P. PARISOT.

VII. — Dans cette étude d'ensemble, Broadbent résume ses opinions personnelles et celles des auteurs anglais sur le rétrécissement mitral, mais il semble ignorer les nombreux travaux parus en France sur cette question.

La fréquence beaucoup plus grande de la maladie chez la femme lui semble pouvoir être imputée à la chlorose et à l'augmentation qu'elle provoque dans la tension artérielle (?).

Le pouls présente des caractères assez spéciaux; régulier ou irrégulier, suivant l'état de la contractilité cardiaque, il présente une tension assez élevée; l'artère roule sous le doigt, et ne s'aplatit pas facilement.

Les œdèmes sous-cutanés sont rares et tardifs; ils ne sont très prononcés qu'en cas de coexistence d'une sténose tricuspidienne.

Broadbent insiste longuement sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, et en figure les diverses combinaisons par une série de diagrammes. Pas un mot, en revanche, de l'influence que la puerpéralité exerce sur l'évolution de la sténose mitrale. A. CHAUFFARD.

VIII. — Loomis rapporte six observations personnelles de malades atteints de cardiopathies valvulaires qui, passant brusquement à des altitudes de 2,000 à 4,000 pieds, furent pris de symptômes de dilatation ventriculaire aiguë, avec asphyxie menaçante et cyanose extrême. Le retour à de plus basses altitudes put seul faire disparaître les accidents. Des troubles du même ordre ont du reste été signalés par nombre d'ascensionnistes et d'aéronautes.

Voici l'explication probable de ces accidents : sous l'influence de la raréfaction de l'air, les poumons se distendent et se congestionnent, d'où excitation des fibres pulmonaires terminales de pneumogastrique. Cette excitation nerveuse affaiblit ou paralyse les ganglions cardiaques, ainsi que les centres respiratoires de la moelle; les pauses diastoliques du cœur se raccourcissent, le rythme s'accélère en même temps que le travail produit diminue. L'anoxémie contribue aussi à produire l'insuffisance cardiaque, par vaso-constriction périphérique, réplétion veineuse et ainsi surcroît de résistance à vaincre pour le cœur. A. CHAUFFARD.

IX. — Au point de vue de l'évolution clinique, Leyden distingue dans

les maladies du cœur produites par surmenage trois périodes. Dans la première, les troubles sont purement fonctionnels. Le malade est fatigué, se plaint de vertiges, d'étouffements, de palpitations. Le pouls devient fréquent et irrégulier. Le choc du cœur est fort, accompagné souvent d'une sorte d'ondulation. Il n'est pas extrêmement rare d'entendre le bruit de galop. La seconde période commence avec la dilatation du cœur. L'augmentation de volume qui en résulte se reconnaît facilement par la percussion et la palpation. La faiblesse du pouls est souvent très grande. Cette dilatation s'accompagne de troubles variés, dyspnée, faiblesse extrême, angine de poitrine, syncope, dyspepsie, etc. Quand la dilatation est très prononcée, le pronostic devient fort grave. La période terminale est liée à l'affaiblissement du muscle cardiaque. Elle offre le tableau ordinaire de l'asystolie. Elle est ordinairement courte et il est rare qu'elle se prolonge plusieurs jours. On a parfois même observé la mort subite. Quelquefois, c'est au moment où la maladie semble s'enrayer, où la dilatation commence à diminuer, qu'on voit tout à coup survenir une rechute avec un cortège d'accidents inattendus et graves.

La lésion anatomique dominante est la dilatation du cœur, surtout du ventricule gauche. Cette dilatation coïncide tantôt avec un épaississement, tantôt avec un amincissement de la paroi. Elle s'accompagne ordinairement de dégénérescences musculaires, dégénérescences soit fibreuses, soit graisseuses. Les couches les plus voisines de l'endocarde sont celles qui présentent les altérations les plus marquées.

Cette dilatation paraît due à l'augmentation artérielle entraînée par le surmenage.

Le traitement sera surtout hygiénique et consistera à réglementer l'exercice et le régime. De tous les agents thérapeutiques, le meilleur est la digitale; l'ergot de seigle mériterait d'être essayé. M. DEBOVE.

X. — Leçon très travaillée et fort intéressante, dans laquelle Duckworth fournit la preuve de la longue durée de certaines affections cardiaques et du peu de retentissement qu'elles ont sur la santé générale. Tous les médecins ont vu des cas de ce genre, mais un très petit nombre ont été publiés, et les documents relatifs à ce point de l'histoire des maladies du cœur sont rares et disséminés un peu partout. L'auteur a réuni une série de faits authentiques qui démontrent surabondamment l'innocuité des souffles organiques même les plus considérables, quelles que soient l'origine et la nature de la lésion cardiaque. C'est ainsi qu'il passe successivement en revue les malformations congénitales et l'endocardite du premier âge : la valvulite rhumatismale, la valvulite d'origine traumatique et alcoolique ; celle qui survient sous l'influence de l'athérome ou des affections chroniques du rein; celle que l'on rencontre chez les anémiques, enfin les cardiopathies des syphilitiques. Tous ces chapitres sont à lire et l'auteur justifie pleinement l'énoncé de sa proposition, à savoir que le pronostic des maladies du cœur a beaucoup changé depuis Corvisart. H. R.

XI.— Le mémoire de Byrom Bramwell est basé sur l'étude anatomique de 131 cas de lésions valvulaires, fournissant un contingent de 44 cas de lésions de la tricuspide, isolées ou combinées; il conduit aux conclusions cliniques suivantes : L'endocardite du cœur droit est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense; elle se montre souvent, quoi qu'en ait

dit Sibson, au début des attaques intenses de rhumatisme articulaire aigu, et se traduit par un souffle d'insuffisance tricuspidienne. Si ces poussées inflammatoires ne laissent que rarement des lésions persistantes de la tricuspide, c'est que l'endocardite du cœur droit est une affection éminemment résolutive et curable, probablement parce que, dans le travail normal du cœur, la tricuspide fatigue moins que la mitrale, et jouit d'un repos relatif. D'où l'indication, dans le traitement de l'endocardite mitrale de diminuer, le plus possible le travail du cœur, et, par suite, l'effort soutenu par la valvule malade. A. CHAUFFARD.

XII. — Sur 800 autopsies pratiquées à l'Hôpital Genéral de Montréal, 18 fois on a observé la fusion plus ou moins parfaite de deux valvules sigmoïdes; 17 fois les valvules aortiques étaient atteintes et, dans un seul cas, les valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire avaient subi cette fusion.

Sur ces 18 cas, deux malades moururent subitement de syncope cardiaque : 12 avaient une insuffisance aortique chronique; 16 fois il y avait hypertrophie du cœur, principalement du ventricule gauche. A l'exception d'un cas (un fœtus mort à 8 mois), les patients étaient adultes, de 20 à 60 ans. Souvent d'autres anomalies sérieuses coexistaient.

La majorité de ces cas sont congénitaux, et résultent d'une endocardite fœtale ou plutôt d'un vice de développement. MAUBRAC.

XIII. — Le mémoire de Barié est basé sur 92 observations, dont 87 vérifiées par l'autopsie. Le rétrécissement siège ordinairement dans une zone intermédiaire à la portion ascendante et à la portion descendante de l'artère qui correspond à l'isthme aortique de la vie fœtale, c'est-à-dire au niveau de l'abouchement du canal artériel. Sa longueur moyenne est de 2 centimètres, sa largeur varie depuis celle du petit doigt jusqu'à celle d'un stylet. Tantôt graduelle, tantôt brusque, cette atrésie ne s'accompagne pas en général d'altération des parois de l'aorte ; dans plus d'un tiers des cas cependant on a trouvé des lésions athéromateuses dans son voisinage. Dans plus de la moitié des cas, le segment aortique situé en deçà de la sténose se dilate manifestement, parfois même un anévrisme s'observe à son niveau. Le segment situé au delà du rétrécissement se dilate aussi avec une grande fréquence. Les gros vaisseaux qui émergent de la crosse aortique participent généralement à la dilatation du segment supérieur de l'aorte. Le canal artériel est presque toujours oblitéré. Le pouls des artères des membres supérieurs et de la tête est fort, celui des artères des membres inférieurs est à peine perceptible. Les artères des parois thoraciques sont dilatées et animées de battements visibles à l'œil nu. La circulation dans les membres inférieurs se fait grâce aux anastomoses nombreuses de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque. L'affection est plus fréquente chez les hommes; dans 18 0/0 des cas observés, il existait d'autres anomalies de développement ou malformations congénitales. La lésion est souvent reconnue à l'autopsie seulement ; parfois le diagnostic se fait à l'occasion d'une maladie intercurrente qui oblige d'examiner le thorax. Dans la dernière catégorie, la plus nombreuse des trois, les malades présentent le syndrome clinique des cardiopathies chroniques. Le pronostic est relativement peu sévère, et beaucoup de malades meurent dans un âge avancé. Barié croit qu'il s'agit là d'un arrêt de développe-

ment de l'isthme de l'aorte, sous la dépendance d'ailleusr d'une oblitération prématurée du canal artériel. C. GIRAUDEAU.

XIV. — L'artérite et la dégénérescence athéromateuse de l'artère pulmonaire, loin de constituer une rareté pathologique, seraient assez fréquentes pour que Rattone ait pu dans l'espace de trois ans et demi en réunir cinquante cas. Si on laisse de côté les faits d'artérite aiguë qui ont leur origine sur les valvules de l'orifice pulmonaire (endocardite aiguë du cœur droit), on trouve que l'athérome peut occuper tous les points du vaisseau, mais se localise de préférence au niveau des ramifications moyennes, surtout dans leur point de bifurcation. On peut rencontrer non seulement la plaque d'infiltration athéromateuse, mais encore l'abcès, l'ulcère athéromateux et, dans quelques cas rares, la calcification. Ces lésions sont tout à fait indépendantes de l'athérome du système aortique ; elles peuvent exister en son absence, ou manquer complètement dans des cas où il est très développé. L'athérome de l'artère pulmonaire s'observerait constamment, selon Rattone, dans les cas de rétrécissement mitral avec hypertrophie du cœur droit ; on le rencontrerait également dans le rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique et de l'orifice mitral, ainsi que dans certaines cardiopathies congénitales. Enfin il existerait parfois chez de jeunes sujets indemnes de toute lésion cardiaque. H. BARTH.

XV. — Chez les sujets exempts de tout vice rhumatismal, ou goutteux, ou syphilitique, lorsque des causes épuisantes, et principalement les frayeurs et les excès vénériens frappent l'organisme d'une façon répétée, entre 45 et 60 ans, on voit se développer des troubles cardiaques qui se bornent au début à un affaiblissement de la systole avec accélération des battements. Si les causes persistent, à cette période prodromique succède la période confirmée, dans laquelle se montrent des palpitations, en même temps qu'une coloration marbrée des mains, de l'avant-bras et des jambes, coloration due à des stases névro-paralytiques. Ce syndrome serait caractéristique et différentiel, démontrant que l'épuisement bulbaire ne se borne pas au noyau du pneumogastrique, mais s'exerce aussi sur le centre principal de l'innervation vaso-motrice. Puis surviennent des accès de suffocation, dans lesquels la perception et l'auscultation la plus rigoureuse ne permettent de reconnaître aucun changement appréciable du cœur, car ils seraient simplement en rapport avec l'innervation par le récurrent. Plus tard, l'œdème commence à se montrer aux pieds, et constitue l'ouverture de la période terrible de la maladie, où, la disystolie devenant permanente, bientôt se développent tous les symptômes les plus graves des maladies organiques du cœur non compensées. M. D.

XVI. — Un homme de 31 ans, robuste, syphilitique depuis plusieurs années, se présente à l'hôpital le 4 décembre 1885, avec un état d'anémie profonde et des vomissements incessants depuis quatre jours. L'affection remonte à six semaines et s'est jusque-là caractérisée par de la dyspnée et de la toux sans expectoration. On ne trouve rien au cœur ni aux poumons pour expliquer cette dyspnée, l'abdomen est souple, le pouls petit, égal aux deux radiales. Deux jours après son entrée, le malade pâlit de plus en plus, continue à vomir et meurt.

On trouve à l'autopsie la cavité péritonéale remplie de sang, mais la source de l'hémorragie n'est pas dans l'abdomen. Un petit anévrisme sacciforme de

l'aorte, au niveau de la partie descendante de la crosse, s'est rompu, et a donné lieu à une infiltration hémorragique dans le médiastin postérieur, le long de l'œsophage : le sang a passé de là dans l'abdomen à travers les piliers du diaphragme, en comprimant le pneumogastrique, d'où les vomissements incoercibles constatés pendant la vie, car il n'y avait point de péritonite. H. R.

XVII. — Homme de 53 ans, offrant depuis un certain temps de la toux avec expectoration, des palpitations, des symptômes d'angine de potirine.

Cœur un peu dévié à droite, choc de la pointe dans le 5e espace intercostal; les mouvéments respiratoires légèrement accélérés sont beaucoup plus prononcés du côté droit où le son est partout normal à la percussion. Sur la paroi thoracique antérieure gauche, toutes les parties situées au-dessous de la 2e côte ont un son plus grave ; le murmure vésiculaire y est à peine distinct et accompagné de râles bruyants. A la base du poumon gauche, en arrière, dans l'espace de 3 travers de doigt, zone un peu mate; dans toute la partie postérieure de ce poumon, mêmes phénomènes d'auscultation qu'en avant.

Bruits aortiques faibles, mais purs. La matité cardiaque, au niveau de la 5e côte, dépasse de 2 1/2 centimètres le bord droit du sternum; à gauche elle s'arrête à la ligne parasternale; en haut, elle reste à 1 centimètre au-dessous de l'union du manubrium avec le corps du sternum. Les bruits cardiaques sont peu intenses mais normaux.

Pouls radial faible. Urines chargées mais ne renfermant rien d'insolite. Cyphoscoliose.

Les téguments qui desquament partout ont une teinte citron sale, nulle part on ne note d'accumulation de pigment.

Autopsie. Énorme anévrisme de l'aorte descendante, s'étendant de l'origine de la crosse jusqu'au diaphragme; il contient des caillots anciens et récents. Usure des corps vertébraux qui manquent en grande partie mais sont remplacés par des exostoses formant une écaille osseuse. Larynx et poumons intacts.

Capsules surrénales saines; dégénération grise des deux nerfs splanchniques résultant de leur compression à la fois par le rachis et l'anévrisme.

Jürgens a déjà observé 4 cas de dégénération des nerfs splanchniques sans altération des capsules surrénales. Durant la vie, les malades offraient de la dyspepsie et une teinte bronzée des téguments. Pour lui, ce sont ces nerfs et non les capsules qui sont le véritable siège de la maladie d'Addison. Malheureusement on en néglige trop l'examen, se contentant de celui du plexus solaire et du ganglion cœliaque. J. B.

I. — Contribution à l'étude des signes physiques des anévrismes thoraciques, par François FRANCK (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, *p.* 50, *janvier* 1886).

II. — Symptômes et mode de production de l'insuffisance aortique, par Fr. FRANCK (*Acad. de méd.*, 3 *février* 1886, *et Gaz. hebdom.*, *p.* 94, 1886).

III. — Ueber die idiopatische Hypertrophie und Dilatation des Herzens, par O. BOLLINGER (*Stuttgart* 1886, *et Cent. f. klin. Med.*, *p.* 33, 1887).

IV. — Acute parenchymatous myocarditis (Myocardite parenchymateuse aiguë), par Samuel WEST (*The Lancet,* 30 *janvier* 1886).

V. — On a new method of estimating the condition of the right side of the heart, par W. PASTEUR (*The Lancet*, 15 *mai* 1886).

I. — Franck applique les appareils enregistreurs à l'examen des anévrismes aortiques de la façon suivante. Le cardiographe est mis sur la

région des pulsations anévrismales et le sphygmographe sur une artère: les deux mouvements se transmettent et s'inscrivent et il est facile de mesurer le retard du pouls grâce à l'inscription simultanée des divisions du temps par un signal magnéto-électrique de Deprez. S'il existe un anévrisme aortique, le pouls de toutes les artères retardera sur le cœur d'une quantité plus grande qu'à l'état normal, et proportionnelle à la capacité de la tumeur anévrismale. De plus, à l'aide d'un appareil spécial, consistant en une calotte de gutta-percha qui se moule sur la saillie de l'anévrisme, et qui, une fois remplie d'eau, permet de mesurer le déplacement de la colonne liquide sous l'influence de l'expansion de l'anévrisme, il arrive à des données à peu près exactes, sur la capacité, le volume et l'intensité des battements de la poche aortique. Voici les résultats de ces expériences:

A. *Battements des tumeurs anévrismales.* — Ils ont, d'une façon générale, les mêmes caractères que les pulsations aortiques. Graphiquement, il existe toujours trois soulèvements de la courbe des pulsations anévrismales : les deux premiers coïncident avec la systole ventriculaire et sont dus à l'expansion en deux temps du sac anévrismal; le troisième correspond à l'affaissement des sigmoïdes aortiques et démontre qu'elles ne sont pas insuffisantes. Il n'y a pas lieu d'attribuer le second battement au reflux du sang de l'aorte dans la poche anévrismale, comme le supposait Gendrin.

Pour l'oreille, le double battement s'accompagne souvent, mais pas toujours, d'un double souffle, dont l'interprétation est variable (tantôt dû au renforcement de la pénétration du sang dans le sac, tantôt à une insuffisance aortique concomitante).

B. *Moment d'apparition du début de l'expansion ventriculaire.* — Il y a toujours un retard par rapport à la systole du ventricule; proportionnel à la distance de l'anévrisme relativement au cœur. Pour l'évaluer, on compare la pulsation de l'anévrisme et le pouls carotidien : si le battement de la tumeur précède le pouls carotidien, la tumeur est comprise dans la partie ascendante de l'aorte ; synchrone, il répond à l'anévrisme de la crosse; enfin si le battement carotidien apparaît plus tôt que celui de l'anévrisme, c'est que celui-ci occupe un point variable de l'aorte descendante.

Le retard des pulsations artérielles donne aussi des indications sur le siège de la tumeur. Le retard général de toutes les pulsations indique un anévrisme situé à l'origine de l'aorte ; le retard localisé de la pulsation radiale gauche indique que la tumeur est située au delà de l'origine du tronc brachiocéphalique, etc.

L'auteur étudie ensuite l'influence des mouvements respiratoires sur le courant sanguin dans les anévrismes, et l'influence des caillots sur la circulation de l'anévrisme et des artères sous-jacentes. Il insiste également sur les modifications que subit le retard des pulsations artérielles quand il existe un rétrécissement ou une insuffisance aortique concomitante.

H. R.

II. — Franck se sert pour léser les valvules sigmoïdes aortiques d'un valvulotome qu'il introduit par la carotide jusque sur les valvules sigmoïdes, afin de les perforer, puis de les sectionner en totalité ou partiellement.

Les accidents immédiats consistent en une arythmie caractérisée d'abord par des intermittences prolongées du cœur, puis par une fréquence insolite des battements; après quoi ceux-ci redeviennent réguliers, mais il y a des phénomènes de dilatation du ventricule et abaissement notable de la pression artérielle. La mort peut arriver subitement par suite d'une véritable paralysie du cœur.

Quand la réparation valvulaire se produit, on voit très rapidement se développer une hypertrophie ventriculaire, le cœur bat plus vite et plus fort; en même temps les vaisseaux périphériques se contractent et élèvent la tension artérielle. Il n'y a pas là que des phénomènes mécaniques, car la même chose se produit lorsque la lésion des sigmoïdes est insignifiante: l'impression subie par l'endartère sensible suffit à déterminer la suractivité fonctionnelle. H. R.

III. — Bollinger admet l'existence de l'hypertrophie et de la dilatation idiopathiques du cœur, et apporte à l'appui le relevé de 42 cas typiques dont il a pu faire l'autopsie. L'âge moyen des malades étant de 43 ans, le poids moyen du cœur était de 535 grammes pour un poids total de 71 kilos. La dilatation des cavités cardiaques est constatée par des mensurations méthodiques.

Les deux ventricules participent également au processus. Le myocarde est ferme, résistant, d'un rouge sombre. Les segments musculaires sont hypertrophiés, leurs noyaux augmentés de volume, le stroma conjonctif notablement accru. La dégénérescence graisseuse est exceptionnelle, l'état granuleux plus fréquent. Les malades meurent d'asthénie cardiaque.

Ceux-ci sont le plus souvent des hommes vigoureux et bien nourris, athlétiques parfois. La consommation excessive de bière expliquerait la fréquence toute particulière à Munich de la maladie chez les sujets de ce genre. L'action toxique de l'alcool, l'action physique de la masse de liquide ingérée, les propriétés nutritives de la bière jouent ici leur rôle, auquel vient s'ajouter l'influence du travail musculaire excessif.

Quant à l'asthénie cardiaque, elle dépendrait d'une paralysie fonctionnelle (?) des nerfs et ganglions cardiaques. L'induration cyanotique secondaire des reins vient en outre augmenter la pléthore séreuse en diminuant l'excrétion urinaire, et contribue ainsi à produire l'insuffisance cardiaque. A. CHAUFFARD.

IV. — West rapporte sous le nom de myocardite parenchymateuse aiguë 8 observations caractérisées par le développement rapide, chez un individu jeune, de troubles circulatoires graves : faiblesse extrême des battements du cœur et du pouls, douleur précordiale et palpitations, dyspnée intense avec tendance à l'asphyxie; en même temps abattement des forces, somnolence et subdelirium; légère albuminurie, quelquefois un peu d'œdème des membres inférieurs. A l'examen direct on constatait l'accroissement de la matité cardiaque, et tous les signes d'une dilatation aiguë du cœur. Sur les huit malades, trois ont guéri et on a vu chez eux la matité précordiale diminuer d'étendue, les bruits du cœur (très affaiblis ou remplacés par des souffles) reprendre peu à peu leurs caractères normaux. Chez ceux qui ont succombé l'autopsie a révélé une dégénérescence graisseuse avancée du myocarde, avec flaccidité exagérée du cœur, dilatation des cavités et des orifices. Trois fois la mort avait été tout à fait subite. — Parmi ces observations, quatre ont trait

à des rhumatisants atteints de manifestations cardiaques complexes (endopéricardite); deux autres malades étaient affectés de cirrhose du foie; la myocardite paraît n'avoir été qu'une complication; encore a-t-on à regretter dans ce mémoire l'absence de détails histologiques précis, capables de renseigner le lecteur sur la nature véritable et sur l'importance de la lésion du muscle cardiaque. H. B.

V. — Selon Pasteur, quand il existe une parésie du cœur droit, avec dilatation de ses cavités, il suffit d'exercer une pression graduelle et modérée sur le foie, immédiatement au-dessous de l'arcade des fausses côtes, pour voir aussitôt les veines superficielles du cou se gonfler. Pour que l'expérience ait de la valeur, il faut que le malade continue à respirer d'une façon régulière et sans faire aucun effort. — Selon P... ce phénomène serait d'origine complexe, et dû en même temps à la compression de la veine cave inférieure par l'intermédiaire du foie, à la gêne des mouvements du thorax par pression sur le diaphragme, enfin à l'entrave directe que cette manœuvre apporterait au fonctionnement du cœur droit (ne serait-il pas plus simple et plus vrai d'invoquer la réplétion forcée de l'appareil veineux hépatique, et le reflux du sang, de l'oreillette droite surchargée, dans la veine cave supérieure et par conséquent dans les jugulaires). H. BARTH.

Beziehungen der sogen. Spiralfäden und Asthmacrystalle zum Asthma (Influence des filaments en spirale et des cristaux de Leyden sur l'accès d'asthme), par LEWY (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, *Band IX*, *Heft* 6, *p.* 522-564).

Chez vingt-six asthmatiques, Lewy a recherché la présence et les variations des filaments en spirale et des cristaux de Leyden dans les crachats. Treize des malades ont pu être l'objet d'études longtemps prolongées.

Les filaments et les cristaux ont été toujours trouvés dans l'expectoration au moment des accès. On continuait à les rencontrer quelques jours après que la crise avait cessé; puis, si la rémission se prolongeait, ils disparaissaient entièrement. Les cellules épithéliales d'abord très abondantes subissaient une diminution analogue, mais cette diminution n'allait pas jusqu'à l'absence totale.

On ne peut établir de parallélisme entre le nombre des filaments et des cristaux et l'intensité de l'accès. Il semble, au contraire, que ce soit dans les accès insignifiants, accès avortés en quelque sorte, qu'on en rencontre le plus.

Sont-ils la cause déterminante de la crise d'asthme? Lewy ne le croit pas. Il les a en effet retrouvés dans les bronchites aiguës, les bronchites fibrineuses, la phtisie, chez des sujets qui n'avaient jamais eu trace d'accès dyspnéique.

Pour lui, les cristaux et les filaments se produisent toutes les fois qu'une inflammation entraîne au niveau des bronches ou des alvéoles une desquamation épithéliale intense. Il fait en effet remarquer que toujours, en même temps qu'eux, on trouve de nombreuses cellules d'épithélium et des cils vibratiles. Leur présence dans les crachats indique donc bien plutôt un processus anatomique qu'une maladie nettement caractérisée. M. DEBOVE.

I. — De la contagion de la tuberculose par les poules, par de LAMALLERÉE (*Gaz. méd. de Paris*, 7 *août* 1886).

II. — An example of direct infection of tissue by tubercle, par J. Solis COHEN (*Medical News*, 11 *septembre* 1886).

I. — A l'appui de la contagion de la tuberculose par les poules, l'auteur rapporte les faits suivants :

En 1872 un jeune homme, atteint de bronchite contractée pendant la guerre, se maria avec une jeune et vigoureuse fille du pays, âgée de 25 ans, qui devint rapidement mère : elle eut un fils neuf mois après son mariage. Le mari meurt phtisique deux mois après la naissance de son fils.

La mère allaita son enfant et quelque temps après le sevrage parurent une bronchite et peu à peu les signes manifestes de la tuberculose pulmonaire, actuellement arrivée à la période caverneuse.

Durant ce laps de temps une jeune femme de 29 ans, B.... jusque-là indemne de toute diathèse, voisine assez éloignée de la femme M..., présentait bientôt les signes du premier degré de la phtisie : la contagion a semblé s'être faite par la voie suivante :

Cette femme avait depuis quelques mois mangé onze poules, péries chez la femme M...; et, pour mieux faire, sentant ses forces diminuer, elle les avait fait très peu cuire, croyant se nourrir d'une façon plus substantielle en mangeant de la viande saignante.

Or toutes ces poules avaient dû périr tuberculeuses, ainsi que permet de le supposer à juste titre l'autopsie d'une autre poule, morte dans les conditions suivantes. Toutes les poules de la femme M... avaient l'habitude de se précipiter sur ses crachats ; aussitôt qu'elles l'entendaient tousser, elles accouraient, se pressaient vers le bord du lit de la malade et se disputaient ses crachats. L'une d'elles, malade depuis quelques jours, émaciée, avait succombé le matin même et son autopsie démontra que l'intestin était le siège de tubercules ramollis au nombre de dix-sept, disséminés dans toute son étendue. Le foie en était également farci, et le liquide purulent qu'on exprimait renfermait un grand nombre de bacilles tuberculeux.

L'auteur en conclut que ces poules ont dû servir de véhicule au bacille tuberculeux, et que, par mesure hygiénique, iles t bon d'enlever soigneusement le foie, le tube disgestif et les poumons dès qu'on les prépare pour la cuisson. OZENNE.

II. — Solis Cohen donne comme un exemple d'inoculation directe de tuberculose le fait suivant :

Un homme de 42 ans, atteint de phtisie avancée laryngo-pulmonaire, avait en même temps une ulcération tuberculeuse sur la gencive de la mâchoire supérieure au-dessous de la lèvre. Or on vit se développer sur le point de la lèvre en contact un semis de granulations miliaires, témoignage de l'infection directe et récente. A. CARTAZ.

I. — Du rétrécissement primitif de l'œsophage, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 *octobre* 1885).

II. — Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac, par TROISIER (*Ibidem*, 20 *octobre et* 3 *novembre* 1886).

III. — Étude sur un cas de vomissements fécaloïdes dans le cancer de l'estomac, par BOUSSUMIER (*Thèse de Paris*, 1886).

IV. — Incontinenza del piloro in un caso di stenosi carcinomatosa della por-

zione cardiaca del ventricolo, par **MORPURGO** (*Rivista clin. di Bologna, septembre* 1886).

V. — **Zwei Fälle von Carcinom der grossen Curvatur des Magens, etc.** (Deux cas de cancer de la grande courbure de l'estomac, etc.), par **EISENHART** (*Münchener med. Woch.*, n° 21, 1886).

VI. — **Ueber Hypersecretion des Magensaftes** (Faits d'hypersécrétion du suc gastrique), par **RIEGEL** (*Berl. kl. Woch.*, p. 331, *mai* 1886).

VII. — **Die Sauren des gesunden und kranken Magens** (Les acides de l'estomac sain ou malade, par **A. CAHN** et **J. von MERING** (*Deutsch Arch. f. kl. Med.*, *XXXIX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 233, 1886, *et Berl. kl. Woch.*, *p.* 682, *octobre* 1886).

VIII. — **Zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten**, par **C. A. EWALD** et **BOAS** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 33-50-113, *janvier et février* 1886).

IX. — **Ueber die Indicationen zur Anwendung der Salzsaure bei Magenkrankheiten** (Indications fournies par l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac), par **RIEGEL** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 601, 1886).

X. — **Casuistischer Beitrag zur Symptomatologie des Magenkrankheiten** (Valeur de l'absence d'acide chlorhydrique comme signe de cancer de l'estomac), par **C. HUEBNER** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 200, *mars* 1886).

XI. — **Diagnostic du cancer de l'estomac par l'examen clinique des sécrétions de cet organe**, par **DEBOVE**. (*Soc. méd. des hôp.* 24 *du.* 1886)

XII. — **Ueber die Resorptionsverhältnisse der menschlichen Magenschleimhaut zu diagnostischen Zwecken und im Fieber** (Du pouvoir de résorption de la muqueuse gastrique comme moyen de diagnostic et à l'état de fièvre), par **ZWEIFEL** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXIX*, *Heft* 3 *et* 4, *p.* 349, 1886).

XIII. — **Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Function des menschlichen Magens** (Influence de l'alcool sur les fonctions gastriques), par **A. GLUZINSKI** (*Ibidem*, *Band XXXIX*, *p.* 405, 1886).

XIV. — **Ueber nervöse Gastropathien**, par **H. IMMERMANN** (*Corr. Blatt f., schweiz. Aerzte*, *p.* 3 *et* 33, *janvier* 1886).

I. — L..., âgé de 55 ans, entre à l'hôpital, le 29 juin, dans un état comateux qui ne disparaît qu'au bout de plusieurs jours; il peut seulement alors donner les renseignements suivants. En 1869, il eut deux hématémèses abondantes, qui ne furent suivies d'aucune dysphagie ni dyspepsie. En 1879, nouvelle hématémèse; depuis lors, dyspepsie, vomissements fréquents, amaigrissement. En 1882, hématémèses abondantes; 12 litres en quatre jours. On pratique alors le cathétérisme œsophagien sans difficulté et le lavage de l'estomac pendant sept mois. Trois mois après, douleurs à l'épigastre et dans le dos, et le malade essaye, mais en vain, de se sonder à nouveau; l'alimentation devient plus difficile; le pain, puis la viande ne passent plus; peu à peu, les liquides mêmes passent difficilement. Le 28 juin, hématémèse suivie d'une perte de connaissance et d'attaques épileptiformes. Le 6 juillet, une sonde introduite montre que le rétrécissement siège à la partie inférieure de l'œsophage. Debove pratiqua alors, non sans difficulté, la dilatation forcée, qui amena une légère hémorragie; bientôt le malade put avaler pain et viande sans difficulté. Le malade est soumis deux fois par jour au cathétérisme œsophagien.

Debove admet qu'il s'agit d'un rétrécissement consécutif à des ulcérations spontanées de l'œsophage. H. L.

II. — Troisier rapporte 3 cas de cancers de l'estomac, dont l'un a reçu la confirmation anatomique, où l'on avait reconnu, dans la région sus-claviculaire, l'existence de ganglions durs, indolents, et ce surtout du côté gauche. Ce signe peut rendre de grands services pour le diagnostic des cancers latents.

Millard rapporte un cas analogue où les ganglions sus-claviculaires étaient engorgés à droite; en outre, dans l'aisselle gauche, on trouvait un ganglion induré, et dans la droite, 6 ganglions indurés, inégaux, reliés par des cordons également durs. H. L.

III. — Cette thèse est basée sur deux observations de cancer du pylore, dans lesquelles on trouve signalée l'existence de vomissements fécaloïdes. Dans ces deux cas, les bourgeons cancéreux formaient une sorte de valvule permettant facilement le reflux des matières intestinales dans l'estomac, et rendant, au contraire, très difficile le passage dans l'intestin des aliments contenus dans l'estomac. C. GIRAUDEAU.

IV. — L'incontinence du pylore se reconnaît, selon Ebstein, au rapide gonflement de l'estomac, lorsqu'on y introduit un mélange défervescent, et au gonflement des portions inférieures de l'abdomen. A ce signe, il faut ajouter le bruit de gargouillement dans l'estomac et sa propagation aux flancs et à l'hypogastre, fait qu'atteste le passage du gaz à travers l'intestin.

C'est ce que l'auteur a pu facilement constater chez une femme, âgée de 58 ans, atteinte d'un cancer du cardia. Lorsqu'on introduisait une poudre effervescente dans l'estomac, le gonflement de celui-ci disparaissait rapidement et se propageait aux parties latérales et inférieures de l'abdomen. L'autopsie montra un ulcère carcinomateux du cardia, avec rétraction de l'estomac, le pylore étant normal en apparence. Il existait une péritonite périgastrique à laquelle l'auteur fait jouer un rôle dans cette incontinence du pylore. Il insiste sur ce fait que l'incontinence du pylore n'est pas toujours sous la dépendance d'une tumeur nécessairement localisée au pylore, ainsi que l'admet Ebstein. F. BALZER.

V. — Recherches statistiques sur le cancer de l'estomac et son siège. D'après les chiffres de Ziemssen, sur 81 cas, 44 fois (soit 54.32 0/0) le cancer siégeait au pylore, 12 fois (soit 14.2 0/0) à la petite courbure et au cardia, 2 fois (2.47 0/0) à la face antérieure et postérieure, 3 fois (3.71 0/0) à la grande courbure, 2 fois dans la cavité. Dans 6 cas, on rencontra des noyaux disséminés ou une infiltration diffuse. L'auteur donne la statistique des cas qu'il a observés de 1880 à 1884 à l'hôpital des cancéreux.

Il observa 613 carcinomes, qui se localisent de la manière suivante : 194 (31.65 0/0) à l'utérus, 116 (18.92 0/0) à l'estomac, 93 au sein, 39 à la lèvre inférieure, 32 au rectum, 19 au vagin, 27 à la face (lèvres exceptées), 7 à la lèvre supérieure, 7 au foie et aux voies biliaires, 6 à la langue, 4 à la vessie, 3 au pénis, 2 à la parotide, 2 à la conjonctive, 2 à l'orbite, 2 à la vulve, 2 à l'épaule, 3 au péritoine, 3 au pied, 7 à la partie supérieure de l'œsophage, 1 à la base du crâne, 1 au voile du palais, 1 au pharynx, 1 au larynx, 1 au pancréas, 1 au cœcum, 1 au côlon, 1 au mésentère, 1 au poumon, 1 au rein, 1 aux grandes lèvres. Dans 6 cas, on ne put découvrir la moindre trace de cancer.

Au point de vue du sexe, la statistique montre que, sur 613 cancers 162 fois le néoplasme évolua chez l'homme, et 451 fois chez la femme. LESAGE.

VI. — Jusqu'ici, il n'a été publié que 4 cas d'hypersécrétion morbide de suc gastrique : ce sont les deux de Reichmann (*R. S. M.*, XXVI, 86), qui a, le premier, attiré l'attention sur ce trouble pathologique; celui de Sahli, enfin celui de Schütz.

Riegel en rapporte deux nouveaux exemples, qu'il a pu observer un certain temps et qui offrent les particularités suivantes :

1° Jamais l'estomac de ces malades n'était vide. Ou bien il renfermait un chyme acide mêlé de restes de pain et de fécule non digérés; ou bien, si c'était le matin, à jeun, du suc gastrique pur en grande abondance; Riegel en a trouvé jusqu'à 400 et même 500 centimètres cubes;

2° La teneur en acide chlorhydrique des filtrats du contenu stomacal était toujours très considérable;

3° La viande était rapidement et facilement digérée; c'était l'inverse pour les aliments amylacés;

4° Comme principaux symptômes, il existait des crampes douloureuses, du pyrosis, des éructations aigres et de la soif. Les deux malades avaient un certain degré de dilatation stomacale. J. B.

VII. — Cahn et Mering ont repris l'étude, si controversée, de la signification que présente, au point de vue du diagnostic, la présence ou l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Ils commencent par faire la critique des procédés employés par les divers auteurs, et surtout des réactifs colorants : la tropéoline et le violet de méthyle. D'après eux, ces réactifs colorants sont absolument infidèles; ils exposent doublement à l'erreur, puisqu'ils peuvent présenter le changement de teinte attribué à l'acide chlorhydrique en l'absence de cet acide, ou au contraire ne pas présenter ce changement alors que cet acide existe en quantité notable.

Le procédé dont ils usent consiste dans la distillation simple d'abord, puis après adjonction d'éther. On élimine ainsi les acides volatils, puis l'acide lactique. L'acide qui persiste est l'acide chlorhydrique. Pour plus de sûreté, on peut agiter avec du chloroforme après avoir ajouté de la cinchonine. Le chloroforme dissout le chlorhydrate de cinchonine qui se produit, sans dissoudre les chlorures alcalins du suc gastrique.

Les résultats obtenus par cette méthode sont curieux, et en opposition complète avec les données avancées par van der Velden et ses successeurs.

A l'état normal, on trouve déjà une quantité appréciable d'acide chlorhydrique une demi-heure après l'absorption des aliments. Avec une nourriture exclusivement animale, l'acide chlorhydrique existe seul. Avec une diète à la fois animale et végétale, on trouve en même temps une quantité notable d'acide lactique de fermentation et d'acides volatils. Il y en a d'autant plus que les aliments ont séjourné plus longtemps dans l'estomac.

Pendant la fièvre et dans l'anémie grave, l'acide chlorhydrique peut momentanément disparaître. Dans la dégénérescence amyloïde, même quand elle atteint l'estomac, l'acide chlorhydrique existe en général.

Dans le cancer du pylore, la présence de l'acide chlorhydrique est la règle, son absence l'exception. Il ne s'agit pas seulement alors de traces, mais de quantités voisines de la normale, pouvant s'élever à 1,5 pour mille.

Quant aux acides volatils et à l'acide lactique, leur présence est la conséquence de la stagnation des aliments, et non d'un fonctionnement vicieux des glandes gastriques. ALBERT MATHIEU.

VIII. — Dans la digestion stomacale, on peut distinguer trois phases :

1° Une phase très précoce et durant environ trente minutes, pendant laquelle on ne trouve que de l'acide lactique;

2° Une deuxième phase, dans laquelle on trouve à la fois les acides lactique et chlorhydrique;

3° Une troisième phase qui commence parfois déjà au bout d'une demi-heure, mais qui se produit en tout cas toujours au bout d'une heure, et dans laquelle on ne trouve plus que de l'acide chlorhydrique.

Dès que la digestion stomacale est troublée, ces périodes sont changées, de sorte qu'au bout d'une heure on trouve encore de l'acide lactique à côté du chlorhydrique ou de l'acide lactique seul. On constate alors, en outre, la présence d'acides gras, et la digestion de la fécule, c'est-à-dire sa transformation en dextrine et sucre, n'est pas complète.

Ewald et Boas concluent de leurs expériences que l'absence d'acide chlorhydrique libre, constatée à plusieurs reprises à la suite d'une alimentation toujours la même, est un signe essentiel du cancer de l'estomac.

D'après eux, on a beaucoup abusé du diagnostic dilatation de l'estomac, car la capacité maximum de cet organe varie beaucoup suivant les individus et indépendamment de leur taille, et se trouve comprise entre 800 et 2,000 centimètres cubes.

Ewald a rapporté (*R. S. M.*, VI, 74) l'histoire d'un malade dont l'estomac « fabriquait », pour ainsi dire, des gaz inflammables et qui offrait tous les signes d'une gastrectasie. Or, à l'autopsie, on a trouvé un estomac petit et rétréci par un cancer du pylore.

Dans la discussion, Gerhardt déclare, comme Ewald, que la présence répétée d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique permet, dans les cas suspects, d'écarter l'idée de cancer. J. B.

IX. — Pour apprécier la quantité d'acide chlorhydrique utilisée pour la digestion chez les dyspeptiques, Riegel conseille d'évacuer une partie du contenu de l'estomac, au moyen d'une sonde molle, six heures après le repas. Quelques gouttes du liquide ainsi obtenu sont versées sur un morceau de papier du Congo; ce papier a la propriété de passer du rouge au bleu plus ou moins foncé sous l'influence d'une quantité plus ou moins grande d'acide chlorhydrique libre.

Dans les cas où le papier conserve sa couleur rouge, il faut prescrire aux malades l'acide chlorhydrique; que si, au contraire, il devient bleu foncé, le médecin doit avoir recours au bicarbonate de soude. L. GALLIARD.

X. — Le fait suivant, recueilli à la clinique de Riegel, montre qu'en dépit d'un certain nombre de phénomènes tendant à faire admettre l'existence d'un cancer stomacal, on a pu en rejeter l'idée, grâce au même procédé d'investigation.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, chez laquelle la maladie a débuté par des douleurs dorsales et de l'ascite, qui fut ponctionnée au bout de 3 mois. Le liquide abdominal, qui était sanguinolent, se reproduisit rapidement. Bientôt la malade eut de l'ictère et de l'œdème des membres inférieurs. Puis elle s'émacia, devint cachectique, l'anasarque se généralisa, et il survint de la

dysphagie. Enfin, peu de jours avant sa mort (qui arriva au bout de 5 mois de maladie), la femme eut des vomissements marc de café.

Les matières vomies, filtrées, ne contenaient pas d'acide chlorhydrique, mais seulement de l'acide lactique; en revanche, les matières extraites de l'estomac à l'aide du siphon plusieurs heures après le repas donnaient un filtrat offrant les réactions de l'acide chlorhydrique, et digéraient en temps convenable un cube d'albumine. Aussi Riegel porta-t-il le diagnostic de cancer du péritoine et du foie. L'autopsie montra un cancer de la vésicule biliaire et du foie, des ganglions de la veine porte, de l'épiploon et du péritoine. Il existait, en outre, des varices de l'œsophage, et la rupture de l'une d'elles expliquait les gastrorragies. En revanche, l'estomac ne présentait aucune lésion notable.

Conclusion : Dans les cas douteux, on peut exclure avec certitude l'idée d'un cancer de l'estomac, quand des examens répétés montrent que le suc gastrique renferme de l'acide chlorhydrique libre et possède un pouvoir peptique normal. J. B.

XI. — Debove confirme les recherches des auteurs allemands au sujet de l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac des cancéreux. Il cite à l'appui l'exemple d'un homme de 34 ans, atteint de dyspepsie, ne présentant point de tumeur abdominale, ne vomissant pas de sang, et n'ayant pas l'aspect cachectique. Or, l'examen du contenu stomacal de ce malade révéla une absence constante d'acide chlorhydrique, et quelques mois plus tard apparut une tumeur épigastrique nettement cancéreuse.

Dans une des séances ultérieures de la Société (février 1887), Lépine fit connaître des exceptions à cette règle : mais il semble bien pourtant que, dans la plupart des cas, l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique de la digestion constitue un signe de présomption important en faveur du cancer. H. R.

XII. — Zweifel s'est servi de l'iodure de potassium pour étudier la rapidité plus ou moins grande de la résorption gastrique. Il donne l'iodure de potassium renfermé dans des capsules gélatineuses, il recherche ensuite l'iode, à l'aide de papier réactif, dans la salive et dans l'urine. En donnant 20 centigrammes d'iodure de potassium, la réaction caractéristique se montre 8 à 10 ou 12 minutes après l'ingestion. Chez la même personne, l'intervalle nécessaire pour l'apparition de cette réaction est à peu près le même à différents jours.

L'iode se montre un peu plus rapidement dans l'urine que dans la salive.

Dans l'état de plénitude de l'estomac, la résorption est plus lente, elle est aussi plus irrégulière, et se fait, au point de vue de sa rapidité, d'une façon très variable à des jours différents chez des individus différents, et même chez la même personne.

Toutes les fois que l'estomac est malade, il y a tendance au ralentissement de l'absorption iodée; ce ralentissement est au maximum dans la dilatation de l'estomac et le cancer de l'estomac, au minimum dans le catarrhe chronique ; elle est très peu marquée dans l'ulcère simple. Cependant, cette résorption peut être très ralentie lorsqu'il existe une destruction récente, étendue, de la muqueuse gastrique. Ce ralentissement est peu marqué dans le cancer du cardia, très accentué dans le cancer du pylore.

Lorsque le temps de la résorption à jeun dépasse 20 minutes, il faut penser à l'existence d'une dilatation gastrique ou d'un cancer du pylore, si l'on peut éliminer la possibilité d'un ulcère rond récent étendu de la muqueuse gastrique ; s'il ne s'agit pas d'une dilatation simple, on a affaire à un cancer du pylore.

Dans l'ulcère simple et la dilatation, un traitement méthodique peut ramener l'absorption iodée à la normale.

Chez les fébricitants, la durée de la résorption est augmentée ; l'intensité de la fièvre n'a pas d'influence sur cette durée. A. MATHIEU.

XIII. — Après avoir fait absorber de petits morceaux d'albumine d'œuf coagulée, Gluzinski a extrait par aspiration les liquides de l'estomac et recherché avant et après l'usage de l'alcool la rapidité et le degré de la digestion des fragments albumineux. Il a expérimenté sur des individus sains et sur des malades. Voici les résultats auxquels il est parvenu.

L'alcool disparaît rapidement de l'estomac ; il pénètre très vraisemblablement en nature dans la circulation. On ne retrouve pas, en effet, d'aldéhyde.

Après l'introduction de l'alcool dans l'estomac, il y a ralentissement de la digestion des albuminoïdes tant que l'alcool existe encore dans l'estomac. Après sa disparition, il y a sécrétion d'un suc gastrique actif et très acide. La sécrétion du suc gastrique persiste plus longtemps que lorsqu'il n'y a pas eu introduction d'alcool.

L'alcool provoque l'apparition dans l'estomac d'une certaine quantité de bile, quand les liquides gastriques sont accumulés en assez grande quantité.

Une petite quantité d'alcool accélère la digestion ; au contraire, une notable quantité la retarde.

Il faudrait, en conséquence, pour accélérer la digestion, administrer une petite quantité d'alcool peu de temps avant le repas. ALB. MATHIEU.

XIV. — Les gastropathies nerveuses peuvent se diviser en :

A. *Névroses de la sensibilité.* — 1° La *cardialgie* nerveuse ou gastralgie. Comme médicaments, Immermann préconise par-dessus tout la solution de Fowler (3 fois par jour, de 2 à 5 gouttes) et les courants constants, tandis que les courants d'induction sont inefficaces. La quinine, à la dose quotidienne de 2 grammes, donne aussi de bons résultats en l'absence de toute intoxication paludéenne.

2° Les *crises gastriques* du tabes.

3° La *dyspepsie* nerveuse, de beaucoup la plus commune des névroses stomacales... Mais c'est une mauvaise dénomination, à laquelle Immermann préfère celles de *dysphorie digestive*, puisqu'il n'y a aucun trouble chimique de la digestion, ou d'*hyperesthésie digestive de l'estomac*, qui en indique la nature. Au point de vue symptomatique, elle rappelle tout à fait l'indigestion. On recourra à l'hydrothérapie (6 semaines), à l'électricité et au massage.

B. *Névroses de la motilité.* — 4° L'*agitation péristaltique* de l'estomac (Kussmaul) consiste dans l'exagération des mouvements. Les mouvements de l'estomac sont perceptibles et visibles même après la digestion et l'estomac étant à jeun.

C. *Névroses de la sécrétion.* — 5° La *gastroxynsis* nerveuse de Rossbach ou hypersécrétion morbide d'acide chlorhydrique.

Le régime le plus rigoureux ne fait pas disparaître les paroxysmes; seules les vacances ont ce pouvoir. Comme Rossbach l'a montré, l'accès est assez souvent coupé ou atténué par l'ingestion d'eau tiède qui dilue l'acide.

6° La *dyspepsie acide* diffère de la précédente en ce qu'ici l'acidité est continue. Les substances albuminoïdes sont bien digérées, mais non les amylacées. J. B.

I. — Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma Ventriculi... (Constatations cliniques dans l'ulcère, le cancer et les hémorragies de l'estomac), par KORCZYNSKI et JAWORSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 829, 1886).

II. — Zur Lehre vom Ulcus Ventriculi rotundum, par F. RIEGEL (*Ibidem*, *n°* 52, *p.* 929, 1886).

III. — Experimentelles und Klinisches zur Lehre vom Ulcus Ventriculi rotundum, par O. SILBERMANN (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 497, 1886).

I. — Korczynski et Jaworski ont appliqué leur méthode d'analyse de sécrétions gastriques à 24 malades atteints d'ulcère de l'estomac. Dans tous les cas, ils ont pu extraire de l'organe, même à jeun, une quantité notable de liquide (il y avait donc hypersécrétion), et ce liquide était constamment acide. Son degré d'acidité était variable suivant les cas : les auteurs ont représenté l'acidité du liquide recueilli à jeun, sans complication hémorragique, par des chiffres compris entre 5 et 43; au moment des hémorragies, ce chiffre s'élevait à 60 ou 70. L'excès d'acide chlorhydrique est d'après eux un signe pathognomonique de l'ulcère. Quand l'acidité est représentée par le chiffre 50 ou un chiffre supérieur (le liquide étant fourni par l'estomac à jeun), on peut affirmer l'existence de l'ulcère de l'estomac.

Dans cette maladie, ils ont noté aussi une augmentation du pouvoir digestif des liquides gastriques; mais cette augmentation est compensée par la paralysie de l'estomac, par l'insuffisance des contractions nécessaires à la digestion.

Ces caractères permettent de différencier l'ulcère du cancer. Dans le cancer de l'estomac (28 observ.), le catarrhe est muqueux au lieu d'être acide, l'acide chlorhydrique fait défaut et le suc gastrique a perdu ses propriétés digestives, tandis qu'elles s'exaltaient dans l'ulcère. Exagération de l'appétit et de la soif dans l'ulcère; au contraire, les cancéreux n'ont ni faim ni soif, mais désirent seulement des acides. Les vomissements noirs de l'ulcère contiennent des globules rouges détruits et ont une odeur de sang peptonisé; ceux des cancéreux contiennent encore des rudiments de globules rouges du sang, leur odeur rappelle celle des acides gras. En général, dans l'ulcère, les vomissements sont beaucoup plus fréquents que dans le cancer.

Quand on laisse reposer pendant 8 ou 10 jours le sang provenant d'un ulcère et contenant de l'acide chlorhydrique, on voit se former des cristaux d'hémine. Cela n'arrive pas avec le produit des hématémèses du cancer. L. GALLIARD.

II. — Dans 31 cas d'ulcère de l'estomac (chez 16 femmes et 15 hommes), Riegel a examiné un grand nombre de fois le contenu de l'estomac pendant la digestion, et l'a constamment trouvé fortement acide. Il y a

donc une relation certaine entre le processus ulcéreux et l'exagération de l'acidité gastrique, au moment de la digestion. Mais il ne faut pas considérer l'ulcère comme la cause de la suracidité; au contraire, l'ulcère est un phénomène secondaire, ou du moins, s'il s'est produit sous l'influence d'une cause banale, il doit à l'excès de production de l'acide chlorhydrique ses caractères spéciaux, sa configuration, sa tendance à l'extension centrifuge, sa marche envahissante, ses récidives.

La connaissance de ce fait doit diriger la thérapeutique de l'ulcère : les alcalins sont absolument indispensables dans le traitement de cette maladie. L. GALLIARD.

III. — Conformément à l'opinion de Quincke (*R. S. M., XX*, p. 141), Silbermann admet que l'ulcère rond de l'estomac est très souvent dû à une altération spéciale du sang et explique de cette façon la longue durée de la maladie. Pour lui, cette altération serait caractérisée par la dissolution de l'hémoglobine (hémoglobinémie de Ponfick), la décoloration des globules rouges, la diversité d'aspect de ces éléments (poikilocytose), ou la diminution de leur volume (microcytose) et parfois par la diminution de leur nombre. Dans cette forme d'hémoglobinémie, il n'y a pas hémoglobinurie.

L'auteur a constaté ces modifications du sang chez deux sujets, une fille de 16 ans et un garçon de 15 ans, qui ont eu des hématémèses avec les signes de l'ulcère gastrique et ont guéri en quelques mois. Il dit avoir vu nettement, au début, la décoloration des globules rouges, la diversité et l'amoindrissement de ces éléments, et les ombres de Ponfick; il a constaté aussi la diminution de l'alcalinité du sang.

Ces deux faits l'ont conduit à pratiquer des expériences sur les animaux.

En produisant l'hémoglobinémie chez les chiens, soit par l'injection d'hémoglobine dissoute dans les veines ou dans la cavité abdominale, soit par les injections sous-cutanées d'une solution d'acide pyrogallique, il a réussi à provoquer des troubles circulatoires : l'hyperémie veineuse et l'anémie artérielle de tous les organes, mais spécialement des viscères abdominaux. Or, ce sont précisément là des troubles auxquels on attribue un rôle important dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

L'auteur a démontré, d'autre part, l'influence de l'hémoglobinémie sur l'activité des ulcérations gastriques provoquées. Il prend deux chiens, chez lesquels il oblitère une artère de l'estomac, soit par une injection, soit par une ligature; puis il fait à l'un d'eux une injection sous-cutanée d'acide pyrogallique, tandis qu'il abandonne le second. En les sacrifiant tous deux au bout de quatre semaines environ, il trouve chez le premier une ulcération profonde en voie d'évolution, menaçant d'aboutir à la perforation de la paroi, chez l'autre une cicatrice. L'influence du poison est donc incontestable. Quincke a obtenu des résultats analogues en provoquant l'anémie des animaux par les saignées. L. GALLIARD.

I. — Ueber Gelbsehen und Nachtblindheit der Icterischen (Xanthopsie et héméralopie chez les ictériques), par J. HIRSCHBERG (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 364, *juin* 1885).

II. — Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique, par J.-H. ROGER (*Rev. de médec.*, 10 *novembre* 1886).

III. — Ueber peritoneales speciell perihepatisches Reibegeräusch (Du frottement péritonéal périhépatique), par W. ERB (*Berl. klin. Woch., p.* 69, *février* 1886).

IV. — Recherches sur le microbe de l'ictère grave, par E. BOINET et BOY TEISSIER (*Revue de médecine, avril* 1886).

V. — Nature de l'ictère catarrhal, par KELSCH (*Revue de médecine, août* 1886).

VI. — Zur Therapie des Icterus catarrhalis mittels Krull'scher Eingiessungen (Traitement de l'ictère catarrhal par les injections de Krull), par Hugo LÖWENTHAL (*Berl. klin. Woch., p.* 139, *mars* 1886).

VII. — Disparition de l'ascite à la suite d'une diurèse abondante, dans un cas de cirrhose probable du foie, par TROISIER (*Bull. soc. méd. des hôpitaux, juillet-août* 1886).

VIII. — Traitement de la cirrhose du foie, par de RENZI (*Rivista clin. e terapeutica, mars* 1886).

IX. — Ueber die Entwickelung des primären Leberkrebses (Développement du cancer primitif du foie), par Thomas HARRIS (*Arch. f. path. An. u. Phys., C., Heft* 1, *p.* 139, 1886).

X. — Di una nuova alterazione del fegato, par R. MATTEI (*Lo Sperimentale janvier* 1886).

XI. — Aneurysm of the hepatic artery, par CATON (*Brit. med. journ., p.* 1063, *juin* 1886).

I. — Sur la question encore si controversée de la réalité et de la nature de la xanthopsie dans la jaunisse, on ne possédait qu'une seule observation contenant l'examen physique de l'œil; c'est celle de Rose (*Virchow's Archiv*, XXX), qui conclut de ses expériences à l'origine nerveuse de ce trouble visuel.

Hirschberg relate l'observation d'un ictérique chez lequel il a pu également se livrer à une exploration minutieuse de la vision et des milieux de l'œil.

Hirschberg put suivre les progrès du rétrécissement du champ visuel et de l'affaiblissement de l'acuité de vision dès que la source lumineuse était peu intense. Les conjonctives étaient très jaunes, mais les cornées avaient leur coloration normale. L'examen ophtalmoscopique pratiqué avec l'éclairage artificiel ordinaire ne révélait rien d'anormal; le même examen, pratiqué avec la lumière solaire, montrait au contraire que la papille était jaunâtre et le fond de l'œil jaune orangé, tandis que, chez les individus sains, la papille était blanc rougeâtre et le fond de l'œil orangé pur. Dans le triage d'échantillons de laines, le malade prenait toutes les nuances claires, ainsi que le rouge, pour du jaune, le vert pour du bleu. Dans le spectre de la lumière solaire, la limite du rouge était normale, mais la perception des couleurs cessait dans le vert pur, et celle de la lumière dans le bleu bluet.

En regardant à travers deux verres jaunes, ou en interposant entre l'oculaire du spectroscope et l'œil de l'observateur une solution moyennement épaisse et moyennement concentrée de matière colorante lilacée, Hirschberg et ses assistants éprouvèrent sur eux-mêmes un raccourcissement identique de l'extrémité réfrangible du spectre; seulement, ils continuèrent à distinguer, dans la portion de spectre subsistante, le rouge, le jaune et le vert, tandis que le malade n'y voyait que des nuances diverses de jaune.

Il résulte de ces diverses expériences que la théorie nerveuse de la

vision en jaune n'est plus soutenable. La cécité pour le bleu apparaît lorsque, dans la lumière blanche ou mixte, les rayons bleus et violets sont complètement effacés et les autres partiellement. Chez les ictériques, cette extinction des rayons colorés est due à l'imbibition des milieux dioptriques ou de la rétine par les matières de la bile.

L'héméralopie est étroitement liée à la xanthopsie. En effet, au crépuscule, ce sont les rayons jaunes qui disparaissent les premiers, et les individus ictériques perçoivent alors comme du noir absolu les rayons bleus restants. J. B.

II. — Dans les affections hépatiques les plus variées : cirrhoses atrophique et hypertrophique, dégénérescence graisseuse, cancer, kystes, etc., on peut observer une glycosurie passagère consécutive à l'ingestion du sucre. Cette glycosurie est plus fréquente lorsque la totalité du foie est altérée que lorsqu'une partie seulement est intéressée (kystes, cancer). Elle peut se rencontrer lorsque le sang intestinal, détourné de sa voix naturelle, ne passe plus par la veine porte, ou lorsque les cellules hépatiques, troublées dans leur fonctionnement, sont incapables de fixer et de transformer la glycose alimentaire; dans les deux cas, les poisons organiques, particulièrement ceux qui proviennent de l'intestin, passent en excès dans la circulation générale : de là une auto-intoxication qui est en partie évitée, grâce surtout à l'émonction rénale. La glycosurie alimentaire semble donc avoir pour conséquence l'hypertoxie urinaire. Dans quelques cas cependant, il peut y avoir hypertoxie sans que le sucre ingéré passe dans l'urine, comme, par exemple, lorsqu'il se fait par la voie rénale une sorte de décharge des produits toxiques qui encombraient l'organisme. Réciproquement, dans quelques cas où l'on observe la glycosurie, la toxicité urinaire est relativement faible; mais l'anomalie n'est que de courte durée, et, dans les cas favorables, on voit se produire une sorte de crise, caractérisée par l'augmentation de l'urine, de l'urée et de la toxicité urinaire. C. GIRAUDEAU.

III. — Erb rapporte l'histoire de trois malades chez lesquels on percevait un bruit de frottement au niveau de la région postérieure du foie, dans tout l'espace compris, d'une part entre la base du poumon et l'os iliaque, d'autre part entre le rachis et la ligne axillaire moyenne; le maximum du bruit siégeait au niveau des dixième et onzième espaces intercostaux. Ce bruit était parfois assez intense pour que les malades en eussent conscience; il fait vibrer la main. A l'auscultation, il offre toutes les variétés, depuis le frôlement ou grattement jusqu'au craquement le plus intense.

A l'inverse de Gerhardt et de Terfloth, Erb trouve que ce frottement est plus facilement et plus précocement appréciable à l'auscultation qu'à la palpation.

Ce frottement tient à une périhépatite adhésive, et il est précieux pour le diagnostic différentiel, parfois difficile dans la cirrhose.

J. B.

IV. — Ayant eu l'occasion d'observer un malade atteint d'ictère grave, Boinet et Teissier constatèrent pendant la vie la présence de nombreux diplococci dans le sang; ces micro-organismes purent être cultivés dans du sérum sanguin, du bouillon de bœuf salé et sur de la gélatine. Les cultures répétées en séries reproduisirent toujours les mêmes microbes.

Les résultats obtenus par les inoculations aux animaux ne sont pas indiqués dans ce mémoire. C. GIRAUDEAU.

V. — Dans ce mémoire, Kelsch soutient la nature infectieuse de l'ictère catarrhal. Les principaux arguments qu'il fait valoir à l'appui de son opinion sont, en premier lieu, les troubles de la santé générale qui accompagnent en général cet ictère, et sur lesquels Chauffard a récemment attiré l'attention; en second lieu, le caractère épidémique que revêt souvent cette affection, ce qui est facile à contrôler dans les casernes, dans les campements. Pour lui, l'agent infectieux se développerait en dehors de l'organisme, et ses foyers générateurs seraient les mares, les vases, le sol riche en matières organiques, de nature végétale ou animale, enfin les eaux tenant en suspension ces matières. Ces foyers, on le voit, sont communs à l'ictère catarrhal, à la malaria et à la fièvre typhoïde; ainsi s'explique, d'après Kelsch, la coïncidence déjà signalée des épidémies de ces diverses maladies. C. GIRAUDEAU.

VI. — Dans 41 cas d'ictère catarrhal, Lœwenthal a employé avec succès la médication imaginée par Krull (*Berlin. klin. Woch.*, 1877, nº 12). Elle consiste à faire, toutes les vingt-quatre heures, dans le rectum une injection d'eau froide avec l'irrigateur.

Le succès de ce traitement a toujours été excessivement rapide, et il a suffi simplement de quatre lavements semblables, parfois de deux, et jamais de plus de six.

Le premier jour, Lœwenthal s'est servi d'eau à 13°, le deuxième d'eau à 16°, le troisième d'eau à 18°, et le quatrième d'eau à 24°.

La quantité d'eau introduite n'a pas dépassé 2 litres chez les adultes. Toujours la première injection amène une selle et parfois de la diarrhée. Les premières matières rendues sont grises, décolorées, argileuses; après la quatrième injection, elles deviennent habituellement brunes.

Dès le premier lavement, il y a cessation des douleurs d'estomac, du sentiment de pesanteur et de la céphalalgie.

L'appétit ne se rétablit qu'après l'un des deux suivants; en même temps disparaissent la sensation de lassitude et le malaise.

Quant à l'ictère, il diminue, mais persiste après que les selles ont repris leur couleur normale. J. B.

VII. — Homme de 56 ans, entré à l'hôpital le 27 mai. Depuis quelques jours, les jambes étaient œdématiées et le ventre ballonné; l'ascite était évidente, 7 à 8 litres au moins, les veines sous cutanées abdominales dilatées, l'urine rare; le 3 juin, il fut soumis au régime lacté exclusif : l'urine s'éleva de 50 centilitres à 3 litres le 4, 5 litres 1/2 le 5 et le 6, 3 litres 1/4 le 9, 2 litres 1/2 le 10. A cette date, l'ascite n'existait plus que dans les parties déclives; le 25, elle avait disparu, ainsi que l'œdème des jambes. La diurèse et le régime lacté avaient cessé le 20. L'état général est bon, le foie normal, la rate grosse. Le sujet était manifestement alcoolisé.

A la suite de cette communication, plusieurs médecins : Féréol, Legroux, Moutard-Martin, Dieulafoy, rapportent des observations analogues, où, sous l'influence de traitements variés ; régime lacté, pilules de Bontius, etc., des ascites d'origine cirrhotique ont disparu pendant un temps plus ou moins long. Dieulafoy avance cette opinion que l'ascite curable peut être due à un certain degré de péritonite localisée au foie ou en tout autre point de l'abdomen. Letulle confirme cette hypothèse, et apporte à l'appui une observation que l'on pourrait caractériser du nom d'hydropéritonite subaiguë, et où l'analyse du liquide extrait par la ponction montra qu'il renfermait des matières

albuminoïdes et de la fibrine en quantité notablement plus considérable que les ascites ordinaires sans réaction inflammatoire.

Dans la séance du 14 janvier 1887, Féréol présente le malade dont il avait rapporté l'observation en juillet : la guérison s'est maintenue. Rendu relate à ce propos un fait de cirrhose grave, qui, après une série de 14 ponctions, parut s'amender et guérit. Guyot a vu de même s'enrayer une cirrhose avancée, chez une femme qui succomba deux ans après cette guérison apparente; l'autopsie montra un foie granulé atrophique. H. L.

VIII. — Deux faits observés par de Renzi confirment la curabilité possible de la cirrhose hépatique.

Le premier concerne une femme de 50 ans, alcoolique, présentant les signes classiques de la cirrhose atrophique (teinte jaune des téguments, dyspepsie, ascite, urines foncées en couleur). Au bout de deux mois, l'ascite avait considérablement diminué. Les urines avaient augmenté de quantité : de 540 centimètres cubes, leur volume était monté à 1,350 centimètres cubes.

Le deuxième fait est celui d'un homme de 66 ans, très amaigri, anémié, avec un épanchement ascitique considérable et une circulation veineuse supplémentaire très développée. La rate était volumineuse. Les urines oscillaient entre 600 et 1,031 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, renfermant 5,76 d'urée par litre.

Ce malade quitta la clinique complètement guéri, n'ayant plus aucun signe d'ascite. Revu depuis, sa santé est restée excellente.

Renzi attribue l'heureux résultat de ces deux traitements au régime lacté, à l'eau de Carlsbad, aux diurétiques. RICHARDIÈRE.

IX. — Harris décrit l'histologie de la lésion. Le diagnostic anatomique fait par Rindfleisch était cancer primitif du foie. Au voisinage du tissu néoplasique, on constate une pigmentation anormale autour des vaisseaux de moyen volume, les grains de pigment, assez volumineux, siègent en dehors des cellules. Les cellules hépatiques elles-mêmes sont très pigmentées, ce que l'auteur considère comme un signe de dégénérescence. A la limite même de la tumeur, on voit une infiltration de tissu conjonctif qui va former les alvéoles du cancer; en même temps les cellules hépatiques se modifient, perdent leur pigment et forment, en se divisant, les cellules propres du cancer. Dans un cas de « carcinome mélanique » examiné comparativement, l'auteur constate à peu près les mêmes phénomènes dans le dépôt du pigment, mais ce pigment est emprisonné dans la tumeur, les vaisseaux présentent des traces d'embolies ou de thromboses, enfin les cellules hépatiques disparaissaient par atrophie et étaient remplacées par les cellules carcinomateuses. L'auteur termine par la bibliographie de la question du cancer primitif du foie. P. GALLOIS.

X. — Foie d'une femme de 77 ans, granuleux à sa surface, de forme et de volume ordinaires, pesant 1,400 grammes, et de consistance moindre que dans la cirrhose atrophique. A l'examen microscopique, on trouva dans la plupart des espaces interlobulaires des globules de volume variable (12 à 60 μ), transparents, incolores et homogènes. Ces globules étaient réunis par groupes, allongés dans la direction des vaisseaux interlobulaires; ils étaient séparés les uns des autres par des trabécules de tissu adénoïde. Chaque globule était constitué par une substance colloïde anhiste; les cellules hépatiques ne présentaient aucune altération. Autour des globules, des cellules embryonnaires offraient un degré plus ou moins avancé de dégénérescence colloïde; il est donc probable que les globules provenaient de la dégénéres-

cence de ces cellules. L'auteur propose de désigner cette nouvelle altération sous le nom de *cirrhose colloïde*. F. H.

XI. — Marin de 40 ans, toujours bien portant jusqu'en décembre 1884. A cette époque, douleur dans l'hypochondre droit, suivie de jaunisse passagère. Il se représente à l'hôpital le 3 août 1885 dans un état de collapsus : une douleur atroce occupe tout l'hypochondre, le pouls est petit, la face couverte de sueur. La pression sur le foie est intolérable, l'organe déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes. Langue sale, teinte subictérique, légers frottements péritonéaux au niveau de la vésicule biliaire, mais pas de souffle stéthoscopique.

Au bout de quelques jours de détente, les crises douloureuses se reproduisent, s'accompagnant de vomissements; l'ictère devient plus intense : le 11 août, pour la première fois, les garde-robes contiennent du sang. Le lendemain, l'hémorragie intestinale persiste légèrement, mais sans douleur hépatique : mais, le soir même, crise douloureuse excessive avec syncope, sueurs profuses et vomissement de sang considérable. La mort a lieu dans la nuit même.

Le diagnostic avait été hésitant : on avait pensé d'abord à des accidents de lithiase biliaire, puis à la possibilité d'une lésion de la tête du pancréas.

L'autopsie fit voir un anévrisme de l'artère hépatique du volume d'une cerise, qui s'était rompu dans le conduit biliaire. Le sang avait reflué en amont, injectant tous les canaux biliaires intrahépatiques, ainsi que la vésicule biliaire. Tous les intestins étaient pleins de caillots sanguins. Aucune autre lésion organique. H. R.

I. — Pathogénie des néphrites, par E. GAUCHER (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1886).

II. — Nouvelle contribution à la pathologie de la maladie de Bright, par Mariano SEMMOLA (*Acad. de méd. de Paris*, 7 *septembre* 1886).

III. — Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical, par BARETTE (*Thèse agrég. chirurgie, Paris* 1886).

IV. — Contribution à l'étude des néphrites infectieuses et de leur passage à l'état chronique, par GILLES (*Thèse de Paris*, 1886).

V. — Acute diffuse Nephritis bei Malaria incompleta, par ROSENHEIM (*Deutsche med. Woch., p.* 752, 1886).

VI. — Ueber die entzündlichen Veränderungen der Glomeruli und die acute Nephritis (Lésions inflammatoires des glomérules et néphrite aiguë), par Th. LANGHANS (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCIX, Heft* 2, *p.* 193).

VII. — Die Bedeutung der Nierenglomeruli... (Rôle des glomérules dans la pathogénie des néphrites primitives), par AUFRECHT (*Berl. kl. Woch., n°* 1, *p.* 3, 4 *janvier* 1886).

VIII. — De l'anurie précoce scarlatineuse, par JUHEL RÉNOY (*Arch. gén. de méd., avril* 1886).

IX. — Du pronostic des néphrites aiguës, par RIOBLANC (*Thèse de Paris* 1885).

X. — Ueber Hydrops und Albuminurie der Schwangeren (Hydropisie et albuminurie des femmes enceintes), par LEYDEN (*Zeitschr. f. klin. Med., Band XI, p.* 26, 1886).

XI. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie, par DIEULAFOY (*Soc. méd. des hôp.*, 23 *juin* 1886).

XII. — Diagnostic de la néphrite interstitielle sans albuminurie, par CARPENTIER (*Thèse de Paris*, 1886).

XIII. — On the changes in the vascular system in Bright's disease (Modifications du système vasculaire dans la maladie de Bright), par James GOODHART (*Guy's hosp. Rep., XLIII*).

XIV. — Letal metrorrhagi of usädvanting Oprindelse (Métrorrhagie mortelle de cause rare), par TRIER (*Nordiskt med. Arkiv, n*° 16, 1886).

XV. — The pig backed, or alcoholic kidney of drunkards (Le rein en dos de porc ou rein alcoolique des ivrognes), par H.-F. FORMAD (*Med. News*, 20 *octobre* 1886).

XVI. — Ein Fall von interstitieller Nephritis, par G. AMBURGER (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic., Band XXXVIII, Heft* 4 *et* 5, *p.* 433, 1886).

XVII. — Cholesteatomartige Degeneration im Nierenbecken bei primärer Tuberculose derselben (Tuberculose du rein, dégénération stéatomateuse du bassinet), par Otto BESELIN (*Arch. für path. Anat. und Phys., XCIX, Heft* 2, *p.* 289).

I. — La pathogénie des néphrites est une question incessamment remaniée. Malgré le nombre considérable de causes capables de les produire, on peut, suivant Gaucher, en établir quatre classes, basées sur le mode pathogénique.

Dans la première la cause porte directement sur la cellule, ou bien il y a un trouble de nutrition local des cellules ; ce sont les néphrites par altération primitive des éléments anatomiques (néphrites traumatiques, toxiques, par rétention d'urine, rein cardiaque, etc).

Dans la deuxième classe se rangent les néphrites par infection, que l'agent infectieux pénètre par les vaisseaux (néphrites infectieuses proprement dites) ou qu'il remonte par les voies d'excrétion (pyélonéphrite parasitaire consécutive à la cystite, néphrite ascendante blennorragique, néphrite ascendante tuberculeuse, etc.).

Les néphrites diathésiques et cachectiques, ou néphrites par troubles préalables de la nutrition (néphrites interstitielles, rein sénile, néphrite goutteuse, etc.), forment la 3e classe.

Enfin une quatrième classe comprend les néphrites par réactions nerveuses, néphrites congestives (fluxions réflexes, néphrites *a frigore* et par irritation cutanée, frictions, brûlures, etc).

Mais de toutes ces néphrites, les plus intéressantes, au point de vue pathogénique, sont les néphrites infectieuses, sur lesquelles s'étend tout particulièrement Gaucher. C'est ainsi qu'il nous montre comment les microbes peuvent produire dans le rein des embolies avec formation d'abcès métastatiques, ou bien des phénomènes d'irritation inflammatoire ou des troubles de nutrition des éléments anatomiques, qui aboutissent à la formation d'une néphrite proprement dite.

Signalons aussi, dans l'étude des néphrites toxiques, une curieuse expérience de Gaucher, qui produit une néphrite en injectant de la tyrosine sous la peau d'un cobaye.

E. DESCHAMPS.

II. — Semmola, dans cette communication, revient sur l'origine dyscrasique ou hématogène de la maladie de Bright. Pour lui, la diffusibilité morbide des albuminoïdes du sang est la condition de leur élimination

au dehors : toutes les fois qu'ils deviennent dialysables, ils passent spontanément par le rein et par le foie (albuminocholie), sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une altération préalable des épithéliums tubulaires ou glomérulaires. Les lésions épithéliales se produisent secondairement, quand l'élimination des albuminoïdes se prolonge : on les détermine en injectant sous la peau, de l'albumine d'œuf, et même de l'albumine retirée directement à des brightiques (Brancaccio).

Ces données s'appliquent à la notion des albuminuries infectieuses des maladies générales. Semmola pense que dans la variole, la scarlatine, la diphtérie, le sang contient primitivement une grande quantité d'albumine dialysable, et que c'est là l'origine de l'albuminurie, qui, en pareil cas, est toujours précoce.

L'albuminurie de la convalescence des scarlatineux n'échapperait pas à cette règle, et elle se produirait, d'après lui, non pas par suite de refroidissement, mais par excès d'alimentation et défaut de fonctionnement de l'enveloppe cutanée. En pareil cas, ce qui commence par un trouble humoral et une dyscrasie sanguine se poursuit par une véritable néphrite à marche très lente, et la cachexie n'est pas en rapport avec les pertes d'albumine, mais avec un vice profond de l'assimilation. On voit que sous une forme plus moderne la théorie de Semmola se rapproche singulièrement de celle qu'a toujours enseignée Gubler.

Au point de vue thérapeutique, les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Le traitement fondamental de la maladie de Bright est le régime lacté : les indications secondaires consistent à faire fonctionner la peau par des frictions, massages, sudations. L'habitation dans un climat chaud, les inhalations d'oxygène, sont des éléments essentiellement utiles de la médication ; les astringents, au contraire, sont nuisibles. H. R.

III. — Certaines affections chirurgicales infectieuses peuvent créer dans le rein des lésions de néphrite absolument analogues à celles que produisent les affections médicales, et cela par le même mécanisme, soit que l'agent d'infection pénètre dans le rein par la circulation, soit qu'il remonte sur cet organe par les voies d'excrétion de l'urine.

Dans la première partie de sa thèse, Barette étudie les néphrites infectieuses par voie sanguine. Un grand nombre d'affections chirurgicales peuvent les produire ; qu'il nous suffise de citer la pyohémie, la septicémie, les brûlures suppurant abondamment, l'ecthyma, le furoncle, la lymphangite, etc. Quoi qu'il en soit, il s'établit une néphrite diffuse, se présentant avec l'aspect de la néphrite congestive de Renaut (de Lyon) (et la néphrite de l'érysipèle peut en être considérée comme le type), ou bien avec une tendance marquée à la suppuration, comme dans la pyohémie, et un véritable semis de petits abcès miliaires. — Le pronostic, on le conçoit, est des plus variables. Bénignes et transitoires dans un grand nombre de cas, ces néphrites sont au contraire très graves dans les maladies compliquées de pyohémie ou de septicémie, et peuvent entraîner rapidement la mort lorsqu'elles sont hémorragiques.

Dans la deuxième partie de sa thèse, Barette étudie les néphrites infectieuses ascendantes dans les affections des voies d'excrétion de l'urine, que ces affections soient infectieuses par elles-mêmes (blennorragie, tuberculose) ou qu'elles produisent la stagnation de l'urine qui se décom-

pose et devient un milieu de culture favorable pour les micro-organismes.

Parmi ces dernières, il faut placer les rétrécissements de l'urètre, les hypertrophies de la prostate, la pierre dans la vessie, les cystites, les tumeurs de la vessie, les tumeurs de voisinage qui compriment les uretères (cancer de l'utérus, kystes de l'ovaire), les calculs du bassinet, etc.

De pronostic très grave, ces néphrites ascendantes se présentent sous une forme chronique et peuvent mettre deux ans à évoluer, ou sous une forme aiguë remarquable par l'intensité des accidents, et pouvant emporter le malade en cinq ou six jours.

Lorsque la néphrite existe, le traitement curatif est presque nul, ainsi s'explique l'importance du traitement prophylactique qui consiste surtout à éviter la stagnation de l'urine et à s'entourer des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. E. DESCHAMPS.

IV. — Les conclusions de Gilles sont les suivantes :

1° Les néphrites infectieuses peuvent passer à l'état chronique, par suite du progrès des lésions anatomiques.

2° Cette terminaison est indéniable pour les néphrites de la fièvre typhoïde, de la variole, des septicémies, des oreillons, de la syphilis, de l'état puerpéral, des fièvres paludéennes.

Elle est bien moins établie, mais cependant probable en ce qui concerne la scarlatine, la rougeole, la blennorragie, la diphtérie, le choléra, le typhus et la fièvre jaune.

3° La possibilité du passage des néphrites infectieuses à l'état chronique impose au pronostic une grande réserve. RICHARDIÈRE.

V. — Une fille de 40 ans entre à l'hôpital le 26 août avec des signes de fièvre typhoïde, sans diarrhée il est vrai, mais avec un léger gonflement de la rate, et des accès fébriles irréguliers le soir. Or, le 31 août survient de l'herpès des lèvres et le 1er septembre la température ne dépasse pas 38°. Le 5 et le 8 septembre apyrexie, tandis qu'on note 39° les autres soirs. L'auteur admet donc une fièvre intermittente exceptionnelle quarte, doublée ; le stade de chaleur dure de 11 à 18 heures, et on note l'absence complète de frisson et de sueur, de sorte que ce diagnostic paraît discutable.

Le 8 septembre, albuminurie avec globules rouges et blancs, épithéliums, cylindres hyalins et granuleux. Pas de microorganismes.

Le 11, sulfate de quinine 1 gramme. Dès ce jour apyrexie ; le médicament est donné jusqu'au 15. Le 20, absence d'albumine. Le 27, guérison; départ. La néphrite est donc guérie en 12 jours. L. GALLIARD.

VI. — Langhans s'occupe surtout des néphrites consécutives aux maladies infectieuses. Il constate que dans ces cas, où pendant la vie on a observé de l'albuminurie, on trouve à l'autopsie, comme lésions capitales, des altérations des parois vasculaires et des glomérules. Sur les vaisseaux on note de l'épaississement de l'endothélium débutant par l'augmentation de volume des noyaux; peut-être y a-t-il aussi une augmentation de nombre de ces noyaux. Outre ces lésions on trouve à l'intérieur des capillaires du glomérule, un réticulum emprisonnant des leucocytes. Les capillaires glomérulaires ont vraisemblablement augmenté de longueur et se sont contournés ; ils ont en outre des dimensions transversales plus grandes. Cependant leur calibre se trouve diminué à la fois par l'épaississement de leurs parois et par la coagulation qui s'est faite à leur intérieur. Dans le réticulum on peut trouver, outre les leucocytes, des

globules rouges, des granulations pigmentaires, des masses d'apparence hyaline provenant de l'altération, soit des leucocytes, soit des noyaux de l'endothélium. En somme, les lésions sur lesquelles Langhans insiste surtout, parce qu'elles sont en général peu admises par les auteurs, sont les suivantes : 1° accumulation dans la lumière des capillaires d'éléments nucléés protoplasmatiques; 2° accroissement de l'endothélium vasculaire.

De ces constatations histologiques, il passe à des remarques intéressant la physiologie du glomérule. Il admet que les lésions du glomérule suffisent à produire l'albuminurie, la preuve la plus importante pour lui est que l'on trouve un anneau albumineux entre le glomérule et la capsule. En outre les lésions du glomérule déterminent une diminution de la quantité d'urine excrétée. Il attribue cette anurie incomplète au rétrécissement des capillaires glomérulaires du fait de l'hypertrophie des endothéliums et du fait des coagulations intracapillaires. Il explique de cette façon cette coïncidence un peu paradoxale d'une anurie et d'une albuminurie.

Il fait ensuite une sorte de pathologie comparée des néphrites infectieuses, en étudiant les lésions rénales à la suite de diverses maladies (diphtérie, pneumonie, typhus, etc., etc.). Il arrive aux conclusions suivantes : 1° la participation du stroma à l'inflammation est consécutive aux lésions vasculaires ; 2° les lésions sont très diffuses, tous les glomérules des reins d'un même malade sont atteints à des degrés plus ou moins avancés ; 3° par suite ces lésions doivent être attribuées non pas directement aux microbes infectieux, mais à un poison sécrété par eux et diffusible ; 4° les lésions, d'ailleurs, sont presque analogues pour toutes les maladies infectieuses. Il établit cependant les différences suivantes : 1° néphrites avec altérations égales des glomérules et des canalicules urinaires (α) à un faible degré : diphtérie ; (β) à un degré moyen : pneumonie, typhus, pyohémie, fièvre puerpérale, endocardite ulcéreuse ; (γ) à un haut degré : typhus, phlegmon ; 2° glomérulite presque pure : scarlatine, rougeole ; 3° lésions plus accentuées des tubes urinaires : rein ictérique. Les néphrites toxiques, l'hémoglobinurie, se rattacheraient à ce dernier type. Quant à la néphrite *à frigore*, l'auteur, n'ayant qu'une autopsie, n'ose la faire rentrer dans aucune classe de ce tableau schématique.

P. GALLOIS.

VII. — Contrairement à Ribbert (*Neph. und Albumin.* Bonn. 1881), qui professe que toute néphrite interstitielle débute par une néphrite des glomérules, Aufrecht, en se fondant à la fois sur l'observation clinique et sur ses expériences (action de faibles doses répétées de cantharidine sur les reins de lapins), maintient que c'est seulement dans la néphrite chronique que le processus commence par une affection du glomérule ou de l'épithélium du glomérule et de la capsule et qu'il ne s'étend que graduellement à la capsule elle-même ainsi qu'à l'épithélium du canalicule flexueux et à leurs parois. Au contraire, dans la néphrite aiguë ou parenchymateuse, l'affection atteint si rapidement aussi bien l'épithélium des glomérules que celui des tubes urinifères, qu'on peut considérer comme contemporaine la maladie des deux éléments. Pareille chose est vraie pour la néphrite scarlatineuse.

La néphrite chronique glomérulaire peut exister un an ou davantage avant l'albuminurie. En effet :

1° Chez des personnes mortes de diverses affections, on trouve parfois des atrophies rénales commençantes, bien que durant la vie il n'y ait jamais eu d'albumine dans l'urine. Ces reins sont encore faciles à énucléer, et leur surface n'est que par places finement granuleuse. Mais sous le microscope, la majorité des glomérules de Malpighi est gonflée, très riche en noyaux ; beaucoup de ces noyaux sont écartés de la paroi capsulaire ou en dégénérescence graisseuse, ou bien leur capsule est épaissie.

2° Chez des personnes mortes à un stade peu avancé de la néphrite glomérulaire on trouve les mêmes lésions anatomiques ; seulement elles sont généralement étendues déjà aux tubes flexueux qui ont un calibre un peu rétréci et un épithélium transformé en cellules claires irrégulièrement configurées remplissant çà et là tout le calibre, et les intervalles qui les séparent distendus par de nombreuses cellules ;

3° L'observation clinique est encore plus démonstrative que l'anatomie pathologique. C'est ainsi que dans une série de cas de néphrite chronique diagnostiqués du vivant des malades et vérifiés à l'autopsie, Aufrecht, malgré un examen hebdomadaire des urines, n'a trouvé d'albumine que 6 mois ou 1 an après le début de l'observation.

Donc, dans la néphrite chronique, l'albuminurie n'apparaît que lorsque le travail morbide s'est étendu des glomérules aux tubes flexueux, bien loin que les glomérules soient le lieu d'excrétion de l'albumine ainsi que le professent Litten et Ribbert. Il eu est de même de l'anasarque et des hydropisies viscérales.

Il reste seulement à expliquer pourquoi dans la néphrite chronique les cylindres sont plus rares et plus purement hyalins que dans la néphrite aiguë ; cela se comprend si l'on admet que les cylindres, au lieu d'être un produit de coagulation de l'albumine transsudée du sang, sont une sécrétion de l'épithélium. En effet, dans la néphrite chronique il n'y a pas le moindre rapport entre la proportion d'albumine et le nombre des cylindres.

En résumé, dans la néphrite aiguë (parenchymateuse), l'épithélium des glomérules, celui de leur capsule et des tubes urinifères, sont affectés simultanément ; aussi, dès le début, trouve-t-on de l'albumine en abondance dans l'urine et presque aussitôt de l'anasarque et des hydropisies.

Le diagnostic anatomique entre un rein atrophique, provenant d'une néphrite aiguë (parenchymateuse) et le rein atrophique provenant d'une néphrite chronique (glomérulaire) est fait par le seul aspect des organes : dans la néphrite aiguë, le rein est blanc ; dans la chronique, il est rouge comme à l'état normal. Dans la néphrite chronique le mal commence par une affection glomérulaire portant d'abord sur l'épithélium du glomérule et de la capsule. J. B.

VIII. — Juhel Renoy résume ainsi son travail :

1° On peut observer dès le début de la scarlatine, à la période éruptive, une anurie qui ne relève pas d'une néphrite ;

2° La lésion constatée est celle de l'infarctus et cette notion est confirmée par l'étude histologique ;

3° Le foyer qui donne naissance aux embolies pathogènes ne doit pas être nécessairement rapporté au cœur ou à d'autres viscères ; le sang est le lieu d'origine des embolies spécifiques ;

4° L'étendue des lésions, leur généralisation, expliquent l'anurie plus ou moins totale; la filtration glomérulaire étant arrêtée, tandis que les tubes urinifères restent perméables, c'est donc une anurie par défaut de sécrétion;

5° Il est présumable probablement que ces anuries, d'origine parasitaire, seront rencontrées et démontrées techniquement dans d'autres maladies infectieuses. RICHARDIÈRE.

IX. — Cette thèse, faite sous l'inspiration de Dieulafoy, est surtout destinée à montrer quelle réserve on doit apporter dans l'affirmation de néphrite guérie. Bien des malades atteints antérieurement de néphrite aiguë voient s'effacer à peu près tous les troubles fonctionnels qui la caractérisent; l'albumine disparaît presque complètement, parfois même complètement, pendant un certain temps, pour reparaître plus tard et avec elle tous les dangers du mal de Bright. Avant d'affirmer la guérison, il faut donc attendre un ou deux ans, et pendant tout ce temps surveiller le malade. D'une façon générale, on peut dire que les néphrites qui éclatent le plus bruyamment ne sont pas celles qui sont toujours les plus dangereuses, car l'intervention thérapeutique est alors énergique et souvent efficace. C. GIRAUDEAU.

X. — Leyden essaye dans son mémoire de résoudre les quatre questions suivantes : 1° Existe-t-il une affection des reins spéciale à la grossesse et quels en sont les caractères? 2° Quelle en est la nature? 3° Quelle en est la pathogénie? 4° Quel en est le traitement?

On peut se convaincre qu'il y a souvent dans la grossesse une affection des reins bien typique, à allures spéciales et dont les principaux caractères sont : le début dans la deuxième moitié de la grossesse, jamais avant le troisième mois, la fréquence chez les primipares, l'intensité des manifestations.

Le passage à l'état chronique s'observe surtout quand l'albuminurie a duré très longtemps. Leyden en a observé deux cas terminés par la mort.

Dans trois cas Leyden trouva des lésions du rein remarquablement concordantes. Le rein était gros et pâle; la substance corticale en dégénérescence graisseuse. Les vaisseaux et le tissu conjonctif n'étaient pas modifiés; la dégénérescence graisseuse atteignait son maximum tantôt sur les tubuli, tantôt sur les glomérules.

Pour Leyden ces caractères histologiques ne correspondent ni à une stase veineuse, ni à une néphrite aiguë. Les lésions sont pour lui analogues à celles du second stade du mal de Bright, mais avec une acuité toute spéciale.

Dans les cas où la néphrite était devenue chronique, il y avait dégénérescence granuleuse atrophique du rein.

Sans pouvoir fixer la pathogénie d'une façon précise, Leyden est disposé à faire jouer un grand rôle à l'anémie artérielle. Cette anémie survient par suite des difficultés de circulation dans l'abdomen à mesure que l'utérus se développe. Elle agit mécaniquement en diminuant la quantité d'urine, ce qui provoque l'albuminurie, et dynamiquement en diminuant la quantité d'oxygène, ce qui entraîne la dégénérescence graisseuse. M. DEBOVE.

XI. — *Obs.* 1. Une femme de 29 ans entre à l'hôpital le 11 novembre, pour des douleurs épigastriques et lombaires; depuis 18 mois elle avait éprouvé à

plusieurs reprises des vomissements et des hématémèses qui firent croire à l'existence d'un ulcère de l'estomac. Les vomissements persistèrent ; l'intolérance gastrique devint telle qu'on dut renoncer à l'alimentation par l'estomac : la malade fut prise de diarrhée et maigrit avec une excessive rapidité, et enfin une attaque comateuse l'enleva. La température, qui avait été au-dessous de la normale pendant les premières semaines, devint fébrile le dernier jour. A aucun moment il n'y avait eu trace d'albuminurie.

L'autopsie montra l'estomac et les intestins sains, les reins atteints de néphrite mixte.

Obs. 2. — Une femme de 47 ans, qui présente depuis 2 ans les signes d'un mal de Bright incontestable, *angor pectoris*, dyspnée, doigt mort, bruit de galop, a des urines d'abord rares, puis plus abondantes, sans traces d'albumine. Elle est enlevée par une broncho-pneumonie intercurrente, et on trouve à l'autopsie les reins scléreux.

S'appuyant sur ces observations et d'autres analogues, Dieulafoy insiste sur l'absence passagère, quelquefois durable, de l'albumine dans les urines des brightiques ; d'autre part il a vu des individus manifestement albuminuriques qui n'étaient pas brightiques, sans que leur santé fût le moins du monde altérée par une albuminurie même notable.

Il rappelle une série de symptômes qui peuvent servir à dépister le mal de Bright, et insiste sur l'impressionnabilité spéciale de certains brightiques pour le froid, qu'il désigne sous le nom de cryesthésie. Cette hyperesthésie au froid est spontanée, indépendante de la température ambiante, et paraît aussi bien pendant les saisons chaudes. Elle occupe de préférence les membres inférieurs, surtout le genou, la jambe et le pied; ce froid intense ne donne pas de changement de couleur à la peau.

Après avoir montré que l'examen des divers éléments de l'urine ne donne pas la clef de l'urémie, il reparle des expériences personnelles faites en s'inspirant des recherches de Bouchard sur la toxicité des urines.

Une femme présentait une série d'indices probables du mal de Bright, les urines ne contenaient pas d'albumine; il fallut inoculer jusqu'à 160 grammes pour déterminer la mort d'un lapin de 2 kilogrammes, tandis que normalement 100 grammes suffisent. Un autre brightique, dont le début des accidents remontait à 4 ans, n'avait dans ses urines aucune trace d'albumine ; Dieulafoy injecta 260 grammes d'urine sans produire la mort. L'urine d'un troisième malade, dans les mêmes conditions, dut être injectée jusqu'à la dose de 285 grammes pour produire la mort. Ces trois expériences prouvent donc que la toxicité des urines des brightiques sans albuminurie est extrêmement faible.

Envisageant alors la question nosologique, Dieulafoy reconnait comme atteint de brightisme tout individu qui a une lésion chronique des reins, cette lésion s'opposant plus ou moins à la dépuration urinaire. H. L.

XII. — Les conclusions de Carpentier sont les suivantes : On peut admettre trois variétés principales de néphrite interstitielle.

1° La néphrite interstitielle d'origine artérielle, à laquelle se rattachent le rein sénile, la néphrite saturnine et la néphrite conjonctive ascendante consécutive à un obstacle permanent siégeant dans les voies de l'excrétion de l'urine.

2° Outre leurs autres caractères communs, ces trois variétés de néphrite conjonctive ont encore celui-ci qu'elles existent fréquemment sans que les urines soient albumineuses.

3° En l'absence de l'albuminurie, les éléments du diagnostic devront être cherchés parmi des phénomènes qui varient pour chacune de ces néphrites.

4° Pour établir le diagnostic de la néphrite artérielle, on aura recours à la recherche des signes suivants : localisation de l'artério-sclérose sur d'autres organes, troubles trophiques des jambes et des orteils, varices, hernies. On devra rechercher avec le plus grand soin l'existence des phénomènes légers d'urémie, tels que : céphalalgie, oppression sans râles pulmonaires, troubles visuels, démangeaisons. Les envies nocturnes d'uriner, l'abaissement de la densité des urines, la polyurie, le bruit de galop cardiaque, constituent également des signes importants.

5° Dans la néphrite saturnine on aura surtout égard aux modifications quantitatives de l'urine, à la polliakurie, à l'abaissement de la densité, à la coloration rosée des urines obtenue par l'addition de l'acide nitrique. Les formes convulsives et comateuses de l'urémie sont ici les plus fréquentes.

6° Pour ce qui est des néphrites conjonctives ascendantes, les signes utilisables pour le diagnostic sont uniquement tirés de l'examen des urines et de la recherche des symptômes de l'insuffisance rénale.

7° L'hypertrophie du cœur et le bruit du galop manquent ordinairement dans cette forme, notamment dans la néphrite associée à l'épithélioma du col utérin. La polyurie et l'abaissement du chiffre de la densité sont au contraire des phénomènes à peu près constants.

La recherche de la toxicité urinaire par l'expérimentation sur les animaux a la valeur d'une épreuve décisive, mais elle n'est pas commodément applicable en clinique. RICHARDIÈRE.

XIII. — Le travail de Goodhart est basé sur l'analyse de tous les cas de néphrite soignés à *Guy's hospital* dans les 10 années 1872 – 1882. Cette statistique comprend 344 cas de reins granuleux et 196 de néphrite parenchymateuse. Déjà Galabin en 1873 avait fait un travail semblable, et était arrivé à la conclusion que l'hypertrophie du ventricule gauche appartient au rein granuleux, mais peut se montrer parfois dans le néphrite tubulaire de vieille date. Voici les chiffres auxquels arrive Goodhart.

En considérant le poids moyen du cœur égal à 10 onces, il ressort de la statistique que 51 fois seulement il a été trouvé inférieur à ce poids, et dans tous les autres cas supérieur. Encore l'auteur fait-il remarquer que dans les maladies consomptives le poids total du cœur peut diminuer bien que proportionnellement le ventricule gauche soit énorme par rapport à son congénère. Il s'ensuit donc que toutes les néphrites, quelles qu'elles soient, agissent sur le cœur en l'hypertrophiant.

D'autre part, voici la proportion d'hypertrophie du cœur pour les reins nettement indiqués comme granuleux. Sur 262 cas, 25 seulement paraissent échapper à l'hypertrophie, en ce sens que leur poids est normal ou même inférieur au poids moyen : c'est donc une proportion d'hypertrophie cardiaque de 9 contre 1.

Les statistiques comparées de la néphrite suivant les âges donnent une prépondérance de la néphrite parenchymateuse pour le jeune âge jusqu'à 40 ans, tandis que pour la néphrite interstitielle le maximum de l'affection se présente de 40 à 70 ans.

La dilatation du cœur appartient plutôt à la néphrite parenchymateuse chez les jeunes sujets ; l'hypertrophie, à la néphrite interstitielle.

L'hémorragie cérébrale est nettement associée à la néphrite interstitielle. Sur 118 cas d'apoplexie relevés dans la statistique, 86 s'accompagnaient d'affections rénales, et 12 d'affection du cœur.

L'artériosclérose est en pareil cas la règle, bien qu'on ait signalé quelques faits exceptionnels de reins sains, avec de mauvaises artères cérébrales et une circulation cardiaque défectueuse. (L'auteur en relève 16 cas, dont quelques-uns discutables.) Cette proportion est insignifiante, relativement au chiffre total des néphrites associées à la dégénérescence générale du système vasculaire. H. R.

XIV. — Trier rapporte deux observations de brightiques, âgées, l'une de 44 ans, l'autre de 36 ans, entrées à l'hôpital pour des métrorragies très abondantes. Toutes deux étaient très anémiées ; l'une d'elles mourut au bout de deux jours, et le diagnostic ne fut fait qu'après l'autopsie : les deux reins étaient atteints de néphrite interstitielle et le cœur hypertrophié ; l'autre présenta tous les symptômes d'une urémie à marche subaiguë et dans les derniers jours de sa vie on constata chez elle les signes d'une péricardite exsudative ; chez elle il existait une néphrite à la fois parenchymateuse et interstitielle et le ventricule gauche était augmenté de volume. L'utérus, dans les deux cas, était sain, ou du moins ne présentait pas d'altérations capables d'expliquer à elles seules la production de ces métrorragies abondantes. Elles consistaient simplement en un léger épaississement des parois des artères utérines de même origine que celui qui se trouvait au niveau des artères rénales et cardiaques. Cette artériosclérose pouvait être mise au moins dans un cas sur le compte de l'alcoolisme. GIRAUDEAU.

XV. — Formad appelle l'attention sur la forme spéciale, en dos de porc, que prend le rein des alcooliques sous l'influence de la congestion veineuse chronique. Cette forme serait tout à fait spéciale à l'alcoolisme. Formad l'a rencontrée 248 fois sur 250 autopsies d'alcooliques morts plus ou moins subitement à la suite de leurs excès, en excluant tous les cas où il y avait des lésions cardiaques ou autres capables d'amener une altération rénale,

Il distingue deux variétés, cyanotique et œdémateuse.

Dans la première, le rein est plus volumineux, quelquefois double du rein normal ; il est plus long, plus épais, moins large, d'où la forme caractéristique, en saucisse, en dos de cochon. D'une couleur livide due à l'engorgement veineux, il est élastique, dur, puis perd graduellement cette consistance ferme. A la coupe, le rein a cette apparence cyanotique dans toutes ses parties ; sous la capsule on trouve de petites extravasations sanguines.

Dans la seconde variété, trouvée surtout chez les sujets morts à la suite de delirium tremens, le rein a la même forme cylindrique, mais il est œdémateux. Le poids moyen d'une centaine de reins a donné 250 grammes.

La cause de cette lésion est due au fonctionnement exagéré du rein, d'où hypérémie, hypertrophie, gonflement de l'épithélium, augmentation de volume de toutes les parties de l'organe. Cette hypérémie active amène consécutivement une congestion veineuse passive ; le rein s'engorge, la circulation est ralentie, puis s'arrête complètement ; à ce moment survient l'anurie. A. C.

XVI. — Un jeune médecin de 36 ans, après un accouchement pénible,

fut pris de paralysie gauche, avec gêne de la parole. La langue était déviée à gauche. Il y avait un peu de parésie du moteur oculaire commun du côté droit. On diagnostiqua une hémorragie cérébrale de la partie postérieure du corps strié, avec compression du pédoncule.

Il y avait de l'albuminurie en assez grande abondance, des cylindres hyalins et quelques cylindres granuleux dans les urines. Les artères étaient un peu dures. A l'ophtalmoscope on constata des taches blanches et des hémorragies de la rétine. Il y avait de plus diminution du champ visuel à gauche, phénomène attribuable à une lésion de la partie postérieure de la bandelette optique. Ces divers phénomènes firent diagnostiquer une néphrite interstitielle et une hémorragie cérébrale.

La mort survint au bout de quelques jours dans un accès de paralysie cardiaque.

A l'autopsie on trouva un foyer hémorragique, en arrière et en dehors du corps strié, comprimant le corps situé et le pédoncule cérébral.

Les reins, de volume normal, un peu pâles, étaient en apparence tassés. Le professeur Thomas trouva, surtout dans la région corticale, des plaques de néphrite interstitielle commençante, caractérisée par une infiltration lymphoïde située entre les tubuli et surtout au pourtour des artères radiées. Sur quelques parties, il y avait une véritable sclérose interstitielle. L'épithélium était peu modifié; cependant on a noté des corpuscules hyalins contenus dans les cellules ou libres dans la lumière des tubuli.

Ces lésions correspondent bien aux phases initiales de la néphrite totale à prédominance interstitielle de Cornil et Brault. A. MATHIEU.

XVII. — Beselin rapporte l'observation d'un malade du service de Czerny dont l'autopsie fut faite par Arnold. Le malade mourut huit jours après l'extirpation du rein. A l'examen histologique du rein droit on constata une sorte d'infiltration de cellules rondes dans le tissu conjonctif, par places on trouvait des amas de ces cellules et, au centre de ces amas, des cellules géantes dont les noyaux étaient à la périphérie de la cellule. L'auteur n'a pu y constater les bacilles de Koch. En quelques points on trouvait de véritables foyers caséeux. Aucun autre organe ne présentait de lésions tuberculeuses, le testicule était sain. La vessie était atteinte de catarrhe. Pendant la vie le malade rendait des urines purulentes avec coliques néphrétiques assez violentes, qui lui avaient fait réclamer l'opération. Le rein gauche, qui, pendant la vie, n'avait donné lieu à aucun symptôme, et qui, à l'autopsie, était hypertrophié, contenait également des petits foyers de cellules rondes que l'auteur ne regarde pas comme des tubercules. Peut-être doit-on se demander si la lésion du rein droit était bien de nature tuberculeuse.

En tout cas, l'auteur insiste surtout sur l'état du bassinet. On observait un épaississement de la muqueuse avec prolifération et kératinisation de l'épithélium, qui ressemblait à de l'épiderme. Au niveau où les lésions étaient le plus accentuées, on trouvait des cristaux de cholestérine qui donnaient des reflets nacrés. L'auteur compare cette altération avec diverses lésions observées sur la pie mère, le testicule, la moelle, la caisse du tympan, et décrites sous le nom de cholestéatomes. Il croit que dans son cas on ne doit pas admettre qu'il s'agit d'une tumeur (cholestéatome) mais de la « desquamation cholestéatomoïde » déjà décrite par Wendt. Il ne sait si cette altération du bassinet a précédé ou suivi la lésion du rein, tuberculeuse, d'après lui. P. GALLOIS.

I. — Uber physiologische Albuminurie, par Carl POSNER (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 654, *octobre* 1885).

II. — Même sujet, par A. KALISCHER (*Ibidem*, *p.* 734, *novembre* 1885).

III. — **Ueber Albuminurie bei gesunden Menschen** (De l'albuminurie chez les gens bien portants), par C. von NOORDEN (*Ibidem, p.* 166, 15 *mars* 1886).

IV. — **Même sujet** (2e *mémoire*), par von NOORDEN (*Deutsch Arch. f. klin. Med. Band XXXVIII, Heft* 3, *p.* 205, 1886).

V. — **Ueber die Mucingehalt des Harns und ueber normale Albuminurie** (Sur la mucine de l'urine et l'albuminurie normale), par H. SENATOR (*Berl. klin. Woch., p.* 185, *mars* 1886).

VI. — **Sur un cas d'albuminurie intermittente chez un enfant bien portant,** par E. MAREAU (*Revue de méd.,* 10 *octobre* 1886).

VII. — **Albuminurie de la puberté,** par EICHHORST (*Corr. Blatt für schweiz. Aerzte, p.* 290, *juin* 1885).

VIII. — **Is there any connection between the albuminuria of adolescence and a gouty inheritance ?** (Y a-t-il une relation entre l'albuminurie de l'adolescence et l'hérédité goutteuse ?), par Stewart LOCKIE (*Brit. med. journ., p.* 1059, *juin* 1886).

IX. — **Functional albuminuria and its relation to hœmoglobinuria** (Albuminurie fonctionnelle, ses relations avec l'hémoglobinurie), par Ch.-H. HALFE (*Brit. med. j., p.* 1012, *novembre* 1886).

X. — **The action of drugs in albuminuria,** par Robert SAUNDBY (*Brit. med. j., p.* 1011, *novembre* 1886).

XI. — **Étude sur la polyurie de la convalescence des maladies aiguës,** par Paul BINET (*Revue méd. de la Suisse romande, V, p.* 329).

XII. — **Beobachtungen über den Verlauf der Peptonausscheidung in Krankheiten** (Élimination des peptones dans les maladies), par E. MAIXNER (*Zeitsch. für klin. Medic., Band XI, p.* 342, 1886).

XIII. — **Ueber Hämoglobinämie und ihren Einfluss auf den Blutström** (De l'hémoglobinémie et de son influence sur la circulation, par SILBERMANN (*Ibidem, Band XI, p.* 459, 1886).

XIV. — **Ueber Chylurie,** par GRIMM (*Berl. klin. Woch., p.* 274, 1885).

XV. — **Ein Fall von Chylurie,** par KISCH (*Soc. des méd. de Prague, février* 1886).

XVI. — **Zur Kenntniss der Cystinurie,** par STADTHAGEN (*Arch. f. path. An. und Phys. C., Heft* 3, *p.* 416, 1886).

XVII. — **Two cases of non diabetic acetonuria** (Acétonurie non diabétique), par T. CHURTON (*Brit. med. journ., p.* 855, *novembre* 1886).

XVIII. — **Influenza dello stato di reni sulla comparsa della reazione di Gerhardt nelle urine** (Influence de l'état des reins sur l'apparition de la réaction de Gerhardt dans les urines), par MYA (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, p.* 168, 1885).

I. — Les expériences de Posner lui ont appris que toute urine renferme normalement des traces de substances albuminoïdes qu'on peut déceler en ayant recours aux moyens suivants : Acidifier l'urine avec l'acide acétique, puis concentrer l'urine et en la filtrant ensuite, successivement, par petites quantités, le ferrocyanure de potassium indique la présence d'albumine, mais il faut parfois pousser l'évaporation assez loin.

Pour dépouiller l'urine des substances capables de masquer l'albumine,

Posner la précipite d'abord par un agent énergique (alcool absolu ou solution aqueuse concentrée de tanin), et réduisant ensuite le précipité par l'acide acétique, après l'avoir lavé plusieurs fois à l'eau et à l'acide nitrique.

En évaporant simplement l'urine, avant de la filtrer, Posner a recherché avec succès l'albumine dans le résidu qui reste sur le filtre, résidu qu'il dissout par l'acide acétique et traite enfin par les réactifs énumérés plus haut; mais alors il ne faut pas ajouter au préalable d'acide nitrique, parce que le précipité ne serait plus dissous par l'acide acétique.

Il s'agit donc très vraisemblablement d'albumine de sérum, puisqu'elle se coagule à la chaleur, et est précipitée par le ferrocyanure de sa solution acétique ; les autres réactions concordent aussi avec cette manière de voir.

En résumé, ces faits confirment l'opinion de Senator que l'urine est un mélange de transsudation et de sécrétion, et qu'elle renferme toujours à l'état latent de petites quantités d'albumine. L'albuminurie morbide ne serait ainsi que l'exagération d'un phénomène physiologique.

II. — Dans la discussion, A. Kalischer rapporte un fait de nature à intéresser les médecins de compagnies d'assurances. Chez un malade, il a plusieurs fois recherché l'albumine dans l'urine avant et après un bain romain dans lequel cet individu perdait deux livres de son poids. Avant le bain, jamais Kalischer n'a trouvé d'albumine. Au contraire, dans l'urine concentrée par l'effet du bain il se formait toujours par l'ébullition un précipité qui n'était pas redissous par addition d'acides acétique ou hypophosphorique. C'est là une preuve de l'existence de l'albumine normale.

J. B.

III. — Les recherches de von Noorden, bien que faites dans le laboratoire de Riegel, comme celles de Posner, paraissent à première vue un peu contradictoires.

Voici en effet les conclusions de von Noorden :

Dans l'immense majorité des cas où avec les procédés usuels en clinique on a pu déceler dans l'urine de l'albumine qu'on baptisait albuminurie physiologique, l'observation ultérieure et l'examen microscopique des urines montrent qu'on a affaire à des processus morbides, il est vrai insignifiants, de l'appareil uropoiétique. Ni le travail musculaire ni la digestion ne donnent en général lieu à de l'albuminurie. Cette fausse albuminurie physiologique est peu intense; elle s'accompagne d'excrétion de mucine, et le microscope décèle la présence d'éléments celluleux en beaucoup plus grande abondance qu'à l'état normal. Il est donc à peine douteux qu'il ne s'agisse ici d'un léger catarrhe des voies urinaires inférieures.

Quant aux faits plus rares d'albuminurie périodique revenant à certaines heures et sans mélange d'éléments figurés, von Noorden croit que l'avenir prouvera qu'on se trouve en présence d'états morbides spéciaux.

Mais que toute albuminurie décelée par les épreuves cliniques ordinaires reconnaisse une cause morbide, si insignifiante soit-elle, cela ne veut pas dire que par certains artifices on ne puisse déceler à l'état normal des traces d'albumine dans l'urine.

C'est d'ailleurs ce qui a été fait depuis longtemps sans le précipité des

urines normales par l'alcool. L'examen microscopique enseigne aussi que toute urine doit contenir de l'albumine parce qu'elle contient toujours des cellules. A cet égard von Noorden ne peut que confirmer l'exactitude des recherches de Posner auxquelles il a assisté.

Pour le dosage de cette albumine, il a recours à la méthode suivante : 1° précipiter complètement par l'alcool ; 2° recueillir le précipité albumineux sur le filtre, le laver avec l'alcool et l'éther, puis le sécher à 20 ou 30 degrés ; 3° le soumettre 24 heures durant à l'action de l'acide acétique officinal. L'albumine précipitée s'est dissoute tandis que l'acide urique est demeuré insoluble. La solution ne peut d'autre part contenir que des sels insolubles dans l'alcool et solubles dans l'acide acétique ; 4° filtrer la solution. Au filtrat clair qu'on place avec l'eau vinaigrée du lavage, dans un tube à expérience, ajouter 2 ou 3 gouttes de ferrocyanure de potassium ; il se produit alors toujours un trouble plus ou moins marqué dû à la précipitation d'albumine ; 5° filtrer à travers un filtre taré ; le résidu resté sur le filtre renferme la totalité de l'albumine dont on obtient la quantité après dessiccation et défalcation des cendres obtenues par la calcination.

Une seule fois la quantité d'albumine s'est élevée à $0^{gr},006$ pour un litre, ce qui représente 1 partie d'albumine pour 1^{mm} 2/3 d'urine, ça été le maximum.

D'autres fois il s'agissait de quantités impondérables. J. B.

IV. — Von Noorden divise en trois groupes les faits d'albuminurie de cet ordre :

Premier groupe. — Les caractères de l'albuminurie dans ce premier groupe sont les suivants :

1° Le plus souvent il s'agit d'individus jeunes, faibles, ayant dépassé la puberté et la vingtième année. Souvent ils éprouvent du malaise, de la dépression, de la somnolence.

2° La quantité de l'albumine contenue dans l'urine subit en quelques heures d'énormes oscillations, telles qu'on n'en rencontre jamais dans les néphrites.

3° L'albumine est toujours coagulable par la chaleur. Il est probable que la globuline peut se présenter dans ces cas en quantité plus considérable que la sérine.

4° Au microscope on ne trouve rien dans les urines ; parfois seulement quelques cylindres hyalins ; jamais de cylindres épithéliaux.

5° L'exercice et l'alimentation sont les causes les plus souvent invoquées des oscillations de l'albuminurie.

Le maximum d'élimination de l'albuminurie se montre toujours avant midi.

6° On ne sait rien de l'anatomie pathologique dans les cas de cet ordre. Rien n'indique l'existence d'une lésion profonde des reins. Peut-être s'agit-il d'une sorte de diabète albumineux.

Deuxième groupe. — La mucine est mélangée à l'albumine, et il se peut très bien que l'existence de la mucine dans l'urine ait donné lieu à la confusion et que l'on ait parlé à tort d'albuminurie. Il semble y avoir dans ces cas un léger catarrhe des voies urinaires inférieures.

Troisième groupe. — Dans quelques cas on a trouvé, outre quelques cylindres hyalins, des globules rouges en petit nombre qui indiquent

peut-être des poussées légères, partielles et successives de néphrite.

Enfin dans une dernière série de faits il n'y a rien qui puisse expliquer la présence de l'albuminurie. Les explications données par les auteurs sont insuffisantes. A. MATHIEU.

V. — Les opinions sur l'existence de la mucine dans l'urine normale sont très contradictoires. Lehmann, Neubauer, Huppert, Hoppe-Seyler, en admettent des traces, tandis que W. Kuhne, Reissner et Méhu (*R. S. M.*, X, 54) en nient la présence; ce dernier, même dans l'urine morbide. Enfin, Hofmeister n'en a trouvé que des traces en traitant par grandes quantités l'urine normale.

Les renseignements sont encore plus rares en ce qui touche la mucine dans les urines pathologiques. Seul Reissner (*Virchow's Archiv* 1862) en a signalé l'existence dans les états fébriles les plus divers, mais personne n'a vérifié ni infirmé son assertion. Il est vraisemblable qu'il s'agit de corps albuminoïdes, dont la présence dans l'urine n'était pas soupçonnée il y a 25 ans. Reissner l'a trouvée aussi dans le catarrhe chronique de la vessie, où Senator, d'accord avec Méhu, ne l'a jamais vue; ce qu'on a pris pour elle est la globuline.

Von Noorden (voir ci-dessus) a trouvé la mucine associée à l'albumine dans l'urine de personnes saines. Senator émet l'hypothèse suivante: Von Noorden a pris pour de la mucine des substances albuminoïdes qui donnent tout à fait la même réaction, ainsi que l'ont démontré récemment d'une façon péremptoire Fr. Müller et J. Schreiber (*Arch. f. experim. Pathol.* XX. 1885). J. B.

VI. — Les particularités intéressantes de cette observation résident dans la présence d'albumine très nette après les repas, tandis que le matin au réveil et le soir avant le dîner son absence était presque la règle. La quantité d'albumine rendue a varié depuis des traces impondérables jusqu'à deux grammes, sans que l'enfant ait jamais présenté un seul des troubles fonctionnels du mal de Bright. Enfin il suffisait de quatre-vingts centimètres cubes d'urine injectée dans les veines de l'oreille d'un lapin de 1,765 grammes pour le tuer, ce qui correspond parfaitement au chiffre de 45 grammes d'urine normale fixé par Bouchard pour tuer un kilogramme d'animal: les urines rendues avaient donc une toxicité normale, à l'inverse de ce qui a lieu dans le mal de Bright. C. GIRAUDEAU.

VII. — L'albuminurie de la puberté rentre dans l'albuminurie physiologique. Il n'est pas rare de voir des enfants présenter par intervalles des phénomènes morbides qu'on ne peut mettre sur le compte d'aucune affection organique, et uniquement liés à la présence d'albumine dans l'urine. L'albuminurie précède de quelques heures ou même de quelques jours les symptômes généraux et disparaît en même temps qu'eux. Les urines sont claires, jaune peu foncé; une fois seulement Eichhorst y a vu un cylindre hyalin avec quelques gouttelettes graisseuses. Les crises d'albuminurie sont séparées par des semaines ou même par des mois, et la durée de chacune d'elles varie d'un jour à une semaine, rarement plus. Les accidents peuvent se reproduire 2 ans de suite, mais leur pronostic est bénin. Le séjour à la campagne et une alimentation substantielle sont les deux grands agents du traitement; au contraire le fer, les astringents, etc., sont impuissants. Ces jeunes malades peuvent présenter

l'un des trois symptômes cliniques suivants : 1° courbature, lassitude, affaiblissement de la mémoire, esprit distrait ; 2° humeur capricieuse, caractère irritable et exalté ; 3° plus rarement, céphalalgie, vomissements, convulsions. J. B.

VIII. — En réponse à la question des rapports de l'albuminurie et de l'hérédité goutteuse, Lockie publie quatre cas très comparables entre eux d'enfants de 12 à 17 ans atteints d'albuminurie légère, tantôt passagère, tantôt persistante, ne donnant lieu à aucun œdème, mais à des troubles fonctionnels restreints, tels que céphalalgie et épistaxis. Tous ces enfants étaient astreints à un travail intellectuel assidu ; tous les quatre comptaient dans leurs ascendants des goutteux ou des eczémateux. L'auteur fait remarquer que les excès de travail cérébral prédisposent toujours les goutteux à avoir leurs attaques, et que, sous ce rapport, l'albuminurie des enfants surmenés de travail est un phénomène de même ordre. Ce qu'il y a à retenir au point de vue clinique, c'est que cette albuminurie guérit d'ordinaire parfaitement sous l'influence du repos au lit et d'une diète lactée légère, à la condition de suspendre tout travail intellectuel. Il en conclut que le rein n'est pas malade en pareil cas. H. R.

IX. — Halfe considère l'albuminurie dite cyclique ou physiologique comme presque toujours liée à une cause générale telle que la goutte, le rhumatisme, l'impaludisme ou la syphilis. Dans le cas d'albuminurie fonctionnelle intermittente, il a toujours remarqué que la présence de l'albumine dans l'urine coïncidait avec un excès d'urée et une proportion anormale de pigment urinaire. Cette remarque a été le point de départ des recherches de l'auteur sur l'hémoglobinurie, affection analogue par sa marche, ses conditions étiologiques et son intermittence. Or, si l'on examine les malades atteints d'hémoglobinurie, on voit que dans l'intervalle de leurs crises ils ont presque toujours une petite dose d'albumine dans leurs urines, et ne diffèrent en rien des personnes sujettes à l'albuminurie cyclique. Il faut donc en conclure qu'il y a une relation étroite entre les deux processus morbides, et que le dernier n'est que la forme atténuée de l'hémoglobinurie.

A l'appui de cette opinion, l'auteur cite trois faits cliniques concernant des personnes présentant habituellement de l'albuminurie fonctionnelle, et qui, sous l'influence de causes occasionnelles, telles qu'un refroidissement, voient apparaître l'hémoglobinurie.

Pour lui donc, cet état du sang peut se présenter sous deux formes : *a*) l'hémoglobine se dissout simplement en dehors des hématies et se borne à un accident local au niveau des parties exposées au froid ou troublées par une perturbation vasomotrice (asphyxie locale de Raynaud) ; *b*) la dissolution est générale et s'accompagne d'une destruction des globules rouges dans le foie, la rate et les reins : il y a alors imprégnation ictérique des tissus et élimination du pigment hématique et biliaire par les urines. Les mêmes causes qui produisent l'accumulation de l'urée dans le sang activent la dissolution de l'hémoglobine. De là toute une série de degrés cliniques allant de l'urine normale à l'urine pigmentée de la digestion, puis à l'albuminurie fonctionnelle, enfin à l'hémoglobinurie. H. R.

X. — Saundby a cherché à établir, d'après des observations précises,

s'il existait des médicaments capables de diminuer réellement le taux de l'albuminurie. Il a choisi pour sujets d'expérience des malades atteints de mal de Bright chronique, et d'autre part, comme moyen de contrôle, des individus atteints d'albuminurie fonctionnelle, et qui, en dehors de leur albuminurie, ne présentaient aucun symptôme morbide.

D'une façon générale, on peut dire qu'il n'y a pas un seul médicament capable de supprimer l'élimination de l'albumine : ceux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats sont des palliatifs bien insuffisants. Voici quelques chiffres qui ont cependant leur valeur : ils indiquent la quantité d'albumine éliminée par les malades pendant les deux premiers jours de traitement.

a) Médication alcaline. (Eau de Vichy, une bouteille par jour; ou encore, citrate de potasse, benzoate de soude, bicarbonate de potasse.

Chiffres obtenus :	38	grammes les deux premiers jours;	21	grammes les deux derniers.
—	38	—	13	—
—	123	—	64	—
—	52	—	48	—
—	16	—	21	—

Avec le tanin, deux cas favorables :

198 grammes tombés à 150 grammes.
165 — 76 —

Par contre, avec la fuchsine, résultats détestables :

de 34 grammes, l'albumine s'élève à 65 grammes ;
— 66 — 74 —

La digitale semble accroître le taux de l'albumine; en cela elle agit comme les autres toniques vaso-moteurs, la caféine, la spartéine et le fer. La terpine s'est montrée sans résultat. La térébenthine est dangereuse et provoque souvent des hématuries. En somme, à part le régime lacté et les révulsifs, combinés aux purgatifs légers, et peut-être aux diurétiques, la thérapeutique de l'albuminurie est des plus pauvres. H. R.

XI. — Voici les faits qui se dégagent du mémoire de Binet :

Quand la fièvre a été modérée, l'augmentation des urines au moment de la défervescence ne dépasse guère la normale, et il n'y a pas à proprement parler de polyurie. La polyurie de la convalescence oscille généralement entre 2 1/2 et 3 1/2 litres. Sa durée est habituellement en rapport avec celle de la fièvre. Parfois même, la polyurie offre, après la convalescence, une persistance telle, qu'elle peut en imposer pour un diabète insipide et nécessiter un traitement spécial. L'époque à laquelle la quantité des urines augmente est variable. Quand le cycle morbide est court, le relèvement des urines précède souvent et annonce la défervescence. Dans les fièvres simples et dans les formes graves et prolongées de la pneumonie, il a lieu généralement à la fin de la défervescence ou plusieurs jours après.

Dans les maladies fébriles qui se terminent par une période de grandes oscillations, on voit souvent la polyurie apparaître pendant cette période, lors même que les températures vespérales sont aussi très élevées.

Quand la température se relève après la défervescence, la polyurie

qui a débuté avec elle n'en continue pas moins son cours, si ces élévations thermiques sont momentanées ou dues à une complication bénigne.

En général, pendant la polyurie même, le chiffre des boissons reste encore supérieur à la quantité d'urine émise.

La polyurie de la convalescence est indépendante de l'alimentation, car elle la précède souvent. Cependant au moment de la reprise de l'alimentation on peut observer uue exacerbation de la polyurie déjà existante, ou même une seconde polyurie si la première a cessé. J. B.

XII. — Maixner a étudié l'élimination des peptones par l'urine dans différentes affections : pleurésie purulente, pneumonie, gangrène du poumon, phtisie, péritonite, cystite purulente et cancer. Il s'est servi pour cette étude de la méthode colorimétrique. Voici les principaux résultats obtenus.

1° La quantité de peptone éliminée varie beaucoup d'un jour à l'autre. Elle n'est jamais très considérable ; elle a atteint dans un cas d'empyème 4^{gr}, 96 et dans un cas de pneumonie 4^{gr}, 112 par jour; ce sont là des chiffres maxima. Sa proportion relativement à la quantité d'urine ne s'élève jamais à 1 0/0. Ses proportions les plus considérables ont été 0,66 (empyème), 0,693 et 0,076 (pneumonies). Mais si ces chiffres paraissent faibles, il faut se rappeler, pour bien apprécier la perte subie par l'organisme, qu'ils portent sur une substance toute prête, et prête en entier à l'assimilation.

2° Les variations de la quantité de peptones sont intéressantes pour l'évolution des diverses maladies.

Dans la pneumonie, l'élimination commence un peu avant la défervescence, elle atteint son maximum au moment de la crise finale et dans les jours suivants, puis diminue graduellement à mesure que l'exsudat disparaît.

Dans un cas de gangrène pulmonaire l'élimination resta pendant toute la durée sensiblement constante. On observa pourtant quelques recrudescences temporaires qui s'expliquaient bien par la marche de l'infiltration.

Dans la pleurésie purulente la peptonurie est très variable. Elle atteint son maximum quand la pression thoracique n'est pas trop considérable et ne met pas obstacle à la résorption.

Dans la péritonite suppurée les quantités de peptones sont assez constantes. Leur abondance (2 et 3 grammes) s'explique par l'étendue de la surface de résorption.

Dans le cancer de l'estomac, l'intensité de la peptonurie est subordonnée aux vomissements, à la grandeur des ulcérations. Elle est donc sujette à de grandes oscillations. M. DEBOVE.

XIII. — Silbermann a employé dans ses expériences tantôt des injections d'hémoglobine pure, tantôt des injections de substances qui dissolvent les globules rouges, glycérine, acide pyrogallique, chlorure de potassium. Il fait observer que dans ce dernier cas les effets produits sont complexes car le sang perd, en même temps que les globules sont attaqués, de l'eau (surtout quand on se sert de glycérine), de l'oxygène, (surtout quand on se sert de chlorure de potassium ou d'acide pyrogallique). Aussi les phénomènes de stase sont-ils plus marqués qu'avec l'hémoglobine pure ; les thromboses au contraire sont plus rares, le fer-

ment fibrinogène étant produit en quantité moins considérable. Enfin certains agents dissolvants — l'acide pyrogallique et surtout le diaminetoluylène — produisent de nombreux débris de globules rouges. La production de ces débris, dont l'élimination par le rein est difficile, est suivie d'ictère, fait intéressant pour les rapports de l'ictère et de l'hémoglobinémie.

Ces différences de détail une fois bien établies, on peut constater que l'hémoglobinémie et l'hémoglobinurie résultent d'un processus portant non seulement sur les globules rouges mais aussi sur les globules blancs. Ceux-ci sont atteints par l'hémoglobine dissoute (que celle-ci soit injectée directement ou provienne de la destruction préalable des globules rouges). Il en résulte une augmentation notable du ferment fibrinogène. Peut-être aussi ce ferment provient-il pour une part de l'action de l'hémoglobine sur les globules blancs restés sains.

Quoi qu'il en soit cette production de ferment fibrinogène a une haute importance pathologique. Quand elle est assez intense il en résulte des thromboses mortelles. La mort peut aussi survenir par la stase énorme du sang dans les grosses veines inférieures et par l'anémie cérébrale consécutive. A un degré moindre elle peut entraîner des troubles dont la gravité variera proportionnellement. La nature de l'animal en expérience a aussi son importance; les chiens sont, de tous, ceux qui résistent le mieux.

Quant à l'élimination de l'hémoglobine par le rein, l'examen histologique montre qu'au début elle n'a lieu que par les *tubuli contorti*. Ce n'est que quand les troubles de la circulation générale ont amené des altérations de l'épithélium qu'on les voit se faire aussi par les glomérules de Malpighi. On observe alors des anneaux d'hémoglobine dans ces glomérules, mais dans d'autres cas ceux-ci peuvent être dus à un reflux de l'hémoglobine des tubuli contorti. Ils n'indiquent donc pas toujours une élimination par le glomérule. Les résultats de S... diffèrent, sur ces points, un peu de ceux d'autres expérimentateurs, et entre autres d'Adami. S... attribue cette divergence à ce qu'Adami se servait d'animaux curarisés, ayant subi la section de la moelle, et avait ainsi des influences perturbatrices accessoires.

Les convulsions de l'hémoglobinémie doivent être regardées comme d'origine anémique et non comme d'origine urémique. Elles surviennent souvent de façon très précoce et sans qu'il y ait de lésion rénale. Quand il y a déjà hémoglobinurie, la secrétion de l'urine reste au début assez abondante pour qu'il soit difficile d'admettre l'urémie. L'anurie est toujours tardive et due non pas à l'hémoglobinurie, mais à l'énorme diminution de la pression artérielle. Enfin ces convulsions, par leur violence, se rapprochent bien plus de celles qu'on observe en saignant un animal à blanc que de celles qui suivent la ligature des uretères.

La fièvre qui survient dans les hémoglobinuries internes est due à la grande quantité de ferment fibrinogène. M. DEBOVE.

XIV. — Un cas de chylurie a fourni à Grimm l'occasion de quelques expériences pour rechercher la provenance des éléments constituants anormaux de l'urine du malade. Avec le concours de J. Munk, on administra au patient diverses sortes de graisses. Le résultat a été que les matières grasses charriées par l'urine correspondaient exactement à

celles du chyle, et que partant le liquide mélangé à l'urine n'est pas de la lymphe comme le croit Manson (*R. S. M.* XXI, 183), mais bien du chyle.

Si le chyle s'était déversé dans le bassinet ou dans l'uretère, sa coagulation dans ces organes eût donné lieu à des coliques néphrétiques dont l'absence autorise à admettre qu'il provenait d'une fistule vésicale.

J. B.

XV. — Sujet de 27 ans habitant les Indes depuis l'âge de 3 ans, d'abord à Bombay, puis à Calcutta. En mai 1882 il a remarqué pour la première fois un état trouble de l'urine en même temps qu'il se trouvait extrêmement affaibli et atteint d'impuissance. La maladie parut terminée au bout de 4 mois.

Second accès en octobre 1883, aux Indes. Là on trouve des filaires dans l'urine. Le malade se rend à Londres, où les filaires ne sont pas constatées.

En avril 1884 les phénomènes se reproduisent! Le malade va à Vienne, puis à Marienbad. On constate que l'urine est lactescente, acide, pesant 1020, contenant des traces d'albumine, de la graisse émulsionnée soluble dans l'éther, et de l'indican ; il y a aussi des globules rouges et blancs. Pas de filaires. La composition de l'urine varie suivant les heures de la journée ; trouble dans l'après midi, elle est claire et normale la nuit.

L'urine redevient chyleuse au mois d'avril 1884; malgré la cure à Marienbad en juin, elle conserve les mêmes caractères, d'une façon intermittente, jusqu'en novembre, époque de la dernière observation. L. GALLIARD.

XVI. — Stadthagen a fait des recherches sur le malade présenté en 1882 à la société médicale de Berlin par J. Israël (*Verhandlungen der Berl. medicin. Gesellschaft*, 1882, p. 209). Il s'agissait d'un enfant de 13 ans qui, à la suite de coliques néphrétiques, rendait des calculs de cystine. L'auteur, après avoir décrit ces calculs, examine au polarimètre l'urine du malade et constate une déviation variant de 6′ à 8′ vers la gauche, déviation presque caractéristique de la cystine. Précipitant la cystine par l'ammoniaque, et filtrant, il ne se trouve plus qu'une déviation vers la gauche de 2′ à 3′. Dans la famille de l'enfant, personne n'est atteint de la même affection. L'auteur cherche quel peut être le mécanisme de l'apparition de la cystine dans l'urine. Cette substance, contenant du carbone, de l'azote et spécialement du soufre, paraît être un produit intermédiaire de la désassimilation des substances albuminoïdes. Il s'est occupé de doser dans l'urine de son malade les proportions du soufre, soit à l'état de sulfate, soit à l'état neutre, et dans ce cas à l'état facilement ou difficilement oxydable. Il reconnaît que chez son malade il existe une augmentation du soufre neutre. Il se demande alors : 1° si la présence de la cystine dans l'urine indique une élimination exagérée des produits sulfurés de la désassimilation ; 2° si la cystine se produit dans un point quelconque à la place d'un autre composé sulfuré ; 3° ou bien enfin, si elle se produit dans l'urine à la place d'une certaine quantité de sulfates. Il croit que normalement si la cystine tend à se produire, le soufre qu'elle contient est oxydé rapidement et passe à l'état de sulfate. Ce serait par conséquent par suite d'une insuffisance d'oxydation des dérivés albuminoïdes que la cystine pourrait apparaître dans les urines.

P. GALLOIS.

XVII. — Sous ce titre, Churton publie les faits suivants :

Obs. 1. — Femme de 54 ans, d'une santé délicate, sujette à des dyspepsies passagères depuis longtemps; plus souffrante depuis quelques mois à la suite de fatigues. Le 26 février dernier, elle éprouve une douleur vive à l'hypochondre droit et est prise de vomissements bilieux ; le lendemain, elle

présente une teinte ictérique qui persiste plusieurs jours. Ces crises se reproduisent, avec les mêmes alternatives de douleurs et d'ictère, plusieurs fois de suite, les vomissements devenant chaque fois plus abondants et plus persistants. Enfin ils devinrent incoercibles. L'examen physique des organes ne révéla aucun désordre des centres nerveux ni de l'utérus : le foie n'était pas gros, on ne sentait pas la vésicule biliaire, l'urine était légèrement bilieuse, non albumineuse. L'haleine avait l'odeur spéciale fade de certains diabétiques : on ne trouva pas de sucre dans l'urine, mais de l'acétone, reconnue aisément par la réaction de la teinture de fer et le réactif de Nobel (nitrocyanure de sodium et ammoniaque). La présence de l'acétone persista jusqu'à la mort de la malade. Le diagnostic fut toujours douteux : on avait pensé à un acccident grave de lithiase biliaire, et on allait tenter une incision exploratrice, quand la malade succomba.

Le second cas était un homme de 52 ans qui avait un cancer de l'œsophage, et qui présentait également l'odeur caractéristique de l'haleine. On retrouva aussi l'acétone dans l'urine. Ce sont les deux seuls cas d'acétonurie que l'auteur connaisse en dehors du diabète. H. R.

XVIII. — Gerhardt a constaté que l'urine des malades atteints de coma diabétique prenait souvent avec la solution de perchlorure de fer une *teinte rouge,* attribuée à la présence, dans l'organisme, d'un corps particulier, appartenant à la série aromatique, lequel serait la cause des graves désordres nerveux observés chez ces malades. Selon Mya, l'absence de la réaction de Gerhardt ne suffit pas à prouver que la substance en question n'existe pas dans le sang : en effet les reins, quand ils sont altérés, deviennent incapables de l'éliminer. Chez un malade atteint de cirrhose, qui fut pris subitement d'accidents comateux avec exhalation d'acétone, les urines traitées par le perchlorure de fer ne donnaient aucune réaction, tandis que le même procédé appliqué aux liquides pathologiques (ascite) fournissait une coloration rouge évidente. Or l'autopsie démontra qu'il existait de graves lésions rénales. De même chez les sujets atteints de maladie de Bright, auxquels on fait prendre du salicylate de soude, la réaction caractéristique se produit beaucoup plus tardivement et plus incomplètement dans l'urine que dans les sérosités épanchées (ascite, œdème, etc). Il est donc certain que le rein malade opppose une barrière à la substance qui donne la réaction de Gerhardt, ce qui explique pourquoi cette réaction manque souvent dans l'urine des diabétiques et des dyspeptiqnes dont les reins sont fréquemment altérés. H. B.

I. — Sur le pseudorhumatisme ou arthralgie infectieuse de la dysenterie, par DEWÈVRE (*Archives de méd., août* 1886).

II. — De la phlébite, de la thrombose veineuse et des paralysies comme complications de la dysenterie, par LAVERAN (*Arch. de méd. et pharm. militaires, avril* 1885).

I. — Pendant l'épidémie de dysenterie qui a sévi à Lyon en 1885, Dewèvre a observé 15 cas de complications arthropathiques sur 445 cas de dysenterie. Ces complications ont été surtout fréquentes alors que la dysenterie était plus légère.

Ces arthropathies se montrent surtout pendant la convalescence. Quand elles se montrent dans la période d'activité de la maladie, il n'est pas rare de voir le flux diarrhéique diminuer et même s'arrêter. A part

ces derniers cas, l'invasion des phénomènes arthralgiques se fait brusquement, d'une manière inopinée. Il n'y a jamais qu'une jointure de prise au début, le genou, principalement.

La première arthralgie est le signal de beaucoup d'autres ; il est tout à fait exceptionnel de voir une seule jointure atteinte. La première articulation prise est toujours la dernière guérie.

La marche de ces arthropathies est toujours longue, traînante et monotone. Leur évolution est parfois entrecoupée par la réapparition subite du flux diarrhéique.

Les épanchements articulaires se résorbent très lentement.

Sur 63 observations, la durée a été : 3 fois d'une semaine ; 6 fois de 15 jours ; 25 fois d'un mois ; 10 fois d'un mois et demi ; 12 fois de 2 mois ; 4 fois de 3 mois ; 1 fois de 4 ; 1 fois de 6 ; enfin 1 fois de 7 mois.

Les phénomènes arthralgiques de la dysenterie ne sont pas des arthrites ou des accidents rhumatoïdes, ils ne constituent pas un rhumatisme secondaire, mais sont l'expression d'une maladie absolument distincte, spéciale, infectieuse, différente du rhumatisme et n'ayant avec la dysenterie que les rapports d'opportunité. RICHARDIÈRE.

II. — Laveran rapporte plusieurs cas de phlébite et de thrombose veineuse des membres inférieurs qu'il a observés dans le cours de la dysenterie, et en fait un historique rapide ; d'après les faits publiés, il montre que toutes les veines peuvent être atteintes, bien qu'il y ait prédilection pour les membres inférieurs ; que certaines causes en favorisent le développement et que leur évolution offre plusieurs modes différents. Quant aux paralysies, dont les paraplégies sont les plus fréquentes, elles seraient dues à des myélites, qui se termineraient tantôt par la guérison, tantôt par la mort. OZENNE.

Perforating inflammation of the vermiform appendix, par Reginald FITZ (*Am. Journ. of the med. sc.*, *octobre* 1886).

Cette importante monographie des perforations de l'appendice iléocœcal est basée sur l'étude de 257 cas, et sur leur comparaison avec 209 cas de typhlite et de pérityphlite.

Voici quelques-unes des données numériques les plus importantes obtenues par l'auteur. Comme agents producteurs de la perforation, on trouva dans près de la moitié des cas des boulettes fécales durcies, dans près d'un huitième des cas des corps étrangers ; ces deux groupes de faits formant environ les trois cinquièmes des faits recueillis.

L'influence d'un traumatisme ou d'un effort violent parut 19 fois sur les 257.

Dans 8 cas la perforation fut produite par des ulcères tuberculeux ; dans 3 cas elle survint pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

L'existence d'attaques antérieures d'inflammation de l'appendice a été notée 28 fois, soit 11 0/0.

L'auteur analyse de même la fréquence et les caractères des divers symptômes de la perforation appendiculaire. Il relève dans ses observations 11 faits de pyléphlébite consécutive.

Au point de vue du traitement, l'auteur insiste sur la nécessité d'une intervention chirurgicale rapide ; elle est indiquée dès que la péritonite semble se généraliser, vers le second jour ; la mortalité de l'affection

livrée à elle-même est du reste très précoce, et survient, dans plus du tiers des cas, pendant les cinq premiers jours. Il est donc indispensable d'établir dès le début, le diagnostic de la lésion, pour pouvoir recourir aussitôt à la seule méthode efficace de traitement, la laparotomie.

A. CHAUFFARD.

Sur le diagnostic de l'ascite au moyen du toucher vaginal, par R. TRIPIER (*Lyon méd.*, 19 *septembre* 1886).

Le diagnostic de l'ascite est très difficile, quand l'épanchement est peu abondant ou limité au petit bassin, ou que, en quantité moyenne, il existe une distension des parois de l'abdomen par de la tympanite, ou un épaississement graisseux de ces parois. Le toucher vaginal fournirait un signe excellent ; l'utérus présente, en effet, dans ces cas, une mobilité très grande ; le moindre contact du doigt repousse le col et donne la sensation d'un utérus flottant. En recherchant sur le cadavre la quantité de liquide nécessaire pour provoquer cette sensation, Tripier a reconnu qu'avec 250 ou 300 grammes, l'utérus était immergé, et qu'avec la moitié de cette dose, on percevait déjà cette mobilité. L'abaissement de l'utérus, signalé par plusieurs auteurs comme la conséquence de vastes épanchements, n'existe jamais, à moins de lésions concomitantes spéciales.

On peut, par le toucher vaginal, reconnaître des épanchements très minimes, au début de la cirrhose, d'affections cardiaques, et Tripier a pu constater que l'ascite existe toujours quand il y a de l'œdème de la partie interne des cuisses, au moins chez les malades qui se lèvent peu et gardent le lit, et cependant il est impossible de déterminer la présence du liquide, en dehors du procédé de diagnostic qu'il indique.

A. CARTAZ.

I. — Two cases of parasitic hœmaturia (Hématurie parasitaire), par Norman MOORE (*St-Barth's Hosp. Rep. XXI, p.* 89).

II. — Ueber das Vorkommen der Eier des Distomum hœmatobium, etc. (Évolution des œufs du Distomum hœmatobium dans les organes abdominaux), par KARTULIS (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCIX, Heft* 1, *p.* 139).

III. — Liver Fluke : death (Douve du foie ayant amené la mort), par CHESTER (*Brit. med. journ., p.* 719, *octobre* 1886).

IV. — Un cas d'hémiplégie passagère due à la présence de lombrics dans le canal intestinal, par H. GIRARD (*Rev. méd. de la Suisse romande, IV, p.* 448).

V. — Sur un cas de filaire de Médine, par LE FORT (*Bull. de l'Acad. de méd., XVI, n°* 27, 1886).

VI. — Cinq filaires de Médine sur le même sujet, par LAFAGE (*Gaz. méd. de Paris*, 10 *avril* 1886).

VII. — Ueber Anchylostomen Endemie, etc. (L'ankylostomiase endémique d'une houillière d'Aix-la-Chapelle), par G. VOELCKERS (*Berl. kl. Woch., p.* 573, *septembre* 1885).

VIII. — Étude critique sur la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain, par Alb. CALMETTE (*Thèse de Paris*, 1886).

IX. — Recherches sur la ladrerie du mouton, par Joannès CHATIN (*Bull. de l'Acad. méd., XVI, n° 39*, 1886).

X. — Wie steckt sich der Mensch mit Bothriocephalus latus (Comment l'homme contracte-t-il le botriocéphale ?), par Friedrich KÜCHENMEISTER (*Berl. klin. Woch., p.* 505 *et* 527, 1885).

XI. — Beiträge zur Ætiologie und Heilbarkeit der perniciösen Anämie (Étiologie et curabilité de l'anémie pernicieuse), par REYHER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., XXXIX, Heft* 2-3, *p.* 21, 1886).

XII. — Caractères spécifiques des échinocoques multiloculaires, par VOGLER (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 192, 1885).

XIII. — Ueber endemische Vorkommen der Echinococcenkrankheit in Neuerpommern (Endémicité des échinocoques en Poméranie : kyste hydatique du rein), par MOSLER (*Deutsche med. Woch., p.* 101, 1886).

XIV. — Ueber Riesen-Amœben (?) bei chronischer Darmentzündung der Ægypter (Amibes (?) géantes dans la diarrhée chronique des Égyptiens), par KARTULIS (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCIV, Heft* 1, *p.* 145).

I. — Norman Moore rapporte l'histoire de deux individus souffrant d'hématurie depuis plusieurs années, et chez lesquels l'examen histologique de l'urine fit découvrir la présence d'œufs de billharzia hœmatobia. Les deux malades, malgré un traitement actif par la santonine, continuèrent à uriner du sang.

Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est la longue durée de l'introduction du parasite dans l'économie. Le premier de ces deux malades avait quitté les pays chauds (où très certainement il avait contracté l'affection parasitaire) en 1868 : or c'est en 1884 seulement que les hématuries avaient commencé à se manifester; le second malade avait pris son mal à l'île Maurice en 1869, et sa première crise d'hématurie avait eu lieu en 1885, seize ans plus tard. L'auteur, pour expliquer ces faits, admet avec Zancarol (d'Alexandrie) que le billharzia élit son domicile dans tous les tissus, et particulièrement dans le tube digestif, bien avant de pénétrer dans la vessie et les reins : des pièces recueillies par Zancarol montrent que les œufs du parasite se rencontrent partout, surtout dans le revêtement sous-péritonéal des viscères, et dans la cavité péritonéale. La vessie n'est envahie que longtemps après. H. R.

II. — Kartulis a pu suivre la migration des œufs du distome de Billharz dans le rein où on les trouve surtout dans les capillaires artériels ; dans les uretères et la vessie où on les rencontre surtout dans la couche sous-muqueuse. Il les a vus également en assez grand nombre dans la sous-muqueuse du rectum. Dans le foie enfin, il les rencontre dans les divisions de la veine porte. Il n'aurait pu en déceler dans la rate ni dans le pancréas. P. GALLOIS.

III. — Jeune soldat, âgé de 21 ans, de santé délicate. Il entre à l'hôpital de Ramleh (Égypte), le 12 juillet, pour des accidents fébriles rémittents, mal définis, accompagnés de faiblesse et de fréquence du pouls, de constipation et d'une anémie progressive. On songe à une fièvre typhoïde d'allures insolites.

Le 9 août, pour la première fois, il se plaint de douleur au côté : dix jours plus tard, le foie est trouvé volumineux, douloureux à la pression, ainsi que la rate; le malade a toujours la fièvre et se plaint d'un état nauséeux;

on soupçonne un abcès du foie. Le 29 août, il tombe brusquement dans le collapsus et meurt.

Autopsie, 12 heures après la mort. La cavité abdominale est remplie de sang; un volumineux caillot existe au-dessous du foie, sans traces de péritonite. Le foie très volumineux présente une rupture à la base du lobe droit; en ce point s'ouvre une cavité de la grandeur d'un œuf de poule, au centre de laquelle se voit une douve vivante. A la coupe du parenchyme, de nombreuses cavités du même genre criblent la glande hépatique; les unes formées aux dépens des voies biliaires, d'autres directement dans les vaisseaux sanguins, ces dernières plus volumineuses. Aucune de ces cavités n'était suppurée, presque toutes avaient des parois fort minces. On retira une douzaine de douves vivantes, et il y en avait davantage. Nulle part ailleurs on n'en rencontra : la rate était congestionnée et molle, mais n'en renfermait aucun spécimen. H. R.

IV. — Fillette de 4 ans, née d'un père syphilitique et d'une mère hystérique. Cette enfant est nerveuse, impressionnable et délicate ; elle a eu des attaques d'éclampsie au moment des poussées successives de la dentition et, une fois, à la suite d'une indigestion.

Convulsions cloniques limitées à la face et aux membres droits, qui ont duré une heure et ont été accompagnées de perte de connaissance momentanée.

A la suite de cette attaque, tout le côté droit est paralysé : flaccidité complète de la jambe et du bras, avec abolition totale des mouvements volontaires.

Réponses correctes mais lentes. Commissure labiale gauche relevée. Réflexes égaux des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité dans les membres paralysés. Pupilles égales. Rien au cœur. — Calomel.

Le lendemain, il n'y avait plus aucune trace de paralysie; mais, après une nuit un peu agitée, l'enfant avait expulsé, dès le matin, une trentaine de lombrics. J. B.

V. — Il s'agit d'un homme, âgé de 26 ans, ayant séjourné pendant plusieurs années dans les colonies. En 1883, il vit survenir à l'épigastre une petite tumeur qui, en quelques jours, atteignit le volume d'une noisette. Une incision pratiquée alors amena l'issue d'une petite quantité de pus séreux et fit reconnaître l'existence d'un dragonneau, que le médecin enroula autour d'un petit rouleau de bois et qui fut enlevé en quatre jours. La filaire mesurait 8 centimètres de longueur. La guérison de la plaie fut très rapide.

En 1886, à son retour du Sénégal, le malade vit apparaître, au-dessous et en arrière de la malléole externe gauche, un nouvel abcès puis à la face externe de la cuisse gauche, autre abcès de même origine. GASTON DECAISNE.

VI. — Jeune nègre de 15 ans, habitant le Haut-Sénégal. Le 20 juin 1884, sur la face interne de la deuxième phalange, apparition d'un point blanc, qu'une incision met à nu et fait reconnaître comme l'extrémité d'une filaire, qui, extraite graduellement les jours suivants, offre une longueur de 60 centimètres.

Le 1er juillet, à la partie externe de la jambe, on constate une petite tumeur fluctuante, douloureuse et l'on sent sur la peau un cordon dur (autre dragonneau) que l'on suit jusqu'au voisinage de la malléole interne. La tumeur incisée laisse écouler du pus et voir l'extrémité d'une filaire dont 2 centimètres seulement sont extraits ; le reste est éliminé avec le pus d'un abcès développé les jours suivants au tiers inférieur de la jambe.

Le 25 juillet, nouvelle tuméfaction au tiers inféro-postérieur de la cuisse; nouvel abcès et extraction d'un troisième ver. On note en même temps une hématurie, que le malade avait déjà présentée plusieurs fois depuis longtemps. Pas de symptômes de pyélo-néphrite.

Dans les mois d'août et de septembre, on retire encore deux autres filaires du petit doigt et de la jambe. OZENNE.

VII. — En 6 mois, on vient de constater 14 cas d'ankylostome duodénal dans une houillère aux environs d'Aix-la-Chapelle. Cette mine a deux séries de galeries superposées et les malades proviennent tous des travaux profonds situés à 2,000 pieds au-dessous du sol et où règne une température de 20 à 36°5 C.

Jusqu'ici, l'ankylostome n'avait été signalé en Allemagne que chez les briquetiers des environs de Cologne. Or, ces ouvriers, après leur campagne d'automne, viennent chercher du travail pour un mois dans les houillères d'Aix-la-Chapelle, circonstance qui pourrait bien expliquer la présence de l'ankylostome dans les briqueteries, où cependant les conditions de température paraissent peu favorables au développement de l'helminthe. D'autre part, il se fait un échange continu de mineurs entre le bassin houiller d'Aix-la-Chapelle et celui de Liège, où Masius et Francotte (*R. S. M.*, XXVIII, 553) ont rencontré des cas d'ankylostomiase chez des houilleurs qui avaient travaillé dans les briqueteries des environs de Cologne.

Quoi qu'il en soit, la mine de Höngen (puits Marie) est la première en Allemagne où l'on signale l'ankylostome et on ne peut pas l'y mettre sur le compte d'ouvriers venus d'Italie.

Les malades de Völckers lui ont présenté certains traits qui lui semblent les differencier des autres anémiques. Leur inappétence était absolue, leur embonpoint plus ou moins conservé, leur teint, au lieu d'être pâle, était gris jaunâtre se rapprochant de celui des brightiques; ils éprouvaient une douleur épigastrique intense; leurs urines contenaient de l'indican et leurs selles, outre les œufs d'ankylostome, des œufs d'ascarides et des cristaux de Charcot sensiblement plus gros que dans l'asthme. En revanche Völckers n'a jamais constaté d'anguillules dans leurs garde-robes.

L'extrait de fougère mâle, administré à la dose de 10 grammes dans du cognac, a réussi dans tous les cas. (*R. S. M.*, XXII, 515 et XXV, 611 à 613; XXVII, 553 et 554.) J. B.

VIII. — Calmette n'admet pas l'influence exclusive de la filaire dans la production des maladies lymphatiques, telles que varices lymphatiques, œdèmes blancs, chylurie, lymphorrhagie, éléphantiasis. Pour lui, l'étiologie est toujours complexe : elle résulte de l'association d'une influence constitutionnelle et des influences propres à certains milieux. Parmi ceux-ci, le climat chaud et humide joue le plus grand rôle : l'impaludisme vient après. Le parasitisme ne se développe que si le terrain morbide est préparé. Certaines formes de la maladie (les lymphangites avec ou sans érysipèle, par exemple) reconnaissent des causes occasionnelles locales, qui sont presque toujours des excoriations et la malpropreté. H. R.

IX. — D'expériences entreprises pour contrôler l'opinion de Cobbold sur les dangers que peut présenter la consommation de la viande de certains moutons, J. Chatin croit pouvoir conclure que les craintes éveillées à ce sujet ont été exagérées. Les cestoïdes qui s'observent à l'état vésiculaire chez ces animaux sont de trois espèces, répondant respectivement aux types *cœnure*, *échinocoque* et *cysticerque*. Le cénure se trouve dans le cerveau et se développe chez le chien en *tænia cœnurus*; l'échinocoque, localisé principalement dans les organes parenchy-

mateux (foie, poumon, rate), se transforme chez le même hôte en *tænia echinococcus*. Quant au cysticerque, *cysticercus tenuicollis*, il se rencontre surtout dans le péritoine, le foie et la plèvre, parfois aussi dans le tissu intermusculaire.

Or, aucun de ces trois cystiques du mouton n'a été observé chez l'homme à l'état parfait. En revanche, on a décrit un nouveau cysticerque (*cysticercus ovis*), qui se développerait dans l'espèce humaine sous la forme d'un tænia également nouveau, le *tænia tenella*. Mais, outre que ce nouveau tænia a été décrit d'une façon très incomplète, il n'existe aucune preuve sérieuse de la relation qu'il pourrait avoir avec le *cysticercus ovis*. Ce dernier ne serait lui-même que le *cysticercus tenuicollis*, connu depuis longtemps, mais observé dans des conditions nouvelles, pouvant favoriser l'erreur. GASTON DECAISNE.

X. — Les expériences de Braun (*R. S. M.*, XXI, 187) n'ont pas réussi à convaincre Küchenmeister qu'il faille chercher l'origine du bothriocéphale large de l'homme dans le brochet et la lotte ; le fait est encore moins probable pour le premier, car Conrad Gessner a signalé l'existence de cysticerques dans le foie de la lotte.

Küchenmeister persiste dans l'opinion, qu'il a émise il y a déjà plus de trente ans, que c'est dans les saumons consommés sans être cuits qu'il faut chercher la source de ce ver rubanné. Le saumon cru est en Suède, par exemple, un objet de friandise. En Suisse, il y a lieu de tenir compte aussi de la consommation des corégones (fera, lavaret du lac de Genève). J. B.

XI. — L'auteur rapporte douze observations dans lesquelles les phénomènes de l'anémie pernicieuse progressive étaient dus à la présence du bothriocéphale. Lorsque l'administration d'une dose convenable d'extrait de fougère mâle eut amené l'expulsion du parasite, l'état général ne tarda pas à s'améliorer, et la guérison à se produire. Il attribue donc au bothriocéphale le point de départ possible de l'anémie pernicieuse. Trois de ses observations se rapportent au même malade, chez lequel la maladie réapparut deux fois, pour disparaître chaque fois après l'expulsion d'un paquet de bothriocéphales. A. M.

XII. — On admet généralement que l'échinocoque multiloculaire comme l'échinocoque commun, qui donne le ver solitaire, proviennent tous deux d'embryons du tænia échinocoque du chien.

Vogler s'élève contre cette manière de voir et soutient qu'on a affaire à deux espèces différentes, en s'appuyant sur les considérations suivantes :

1° Caractères extérieurs : Les crochets de l'échinocoque multiloculaire sont plus longs et plus grêles, leurs serres moins recourbées;

2° Distribution géographique : L'échinocoque multiloculaire ne se rencontre qu'au nord de la Suisse et au sud de l'Allemagne. Il est inconnu dans les pays scandinaves et notamment en Islande, la terre de prédilection des échinocoques;

3° Pathologie expérimentale : Chez les chiens nourris avec des embryons de tænia, on n'a jamais vu se développer que l'échinocoque commun et l'on n'a pas encore fait prendre à ces animaux des échinocoques multiloculaires pour voir à quel tænia ils donneraient naissance.

F. B.

XIII. — L'auteur a observé, en vingt ans, à Greifswald, 27 kystes hydatiques : 15 du foie, 10 du poumon, 1 de la rate, 1 du rein. Voici le dernier cas :

Marchand, de Stralsund, âgé de 31 ans, syphilitique, ayant eu pendant l'été de 1880 un accès douloureux qu'on a considéré comme dû à la lithiase urinaire. En mars 1883, nouvelles coliques, et albuminurie passagère, symptômes gastriques. Après plusieurs accès très intenses, il émet une vésicule, puis deux litres d'urine savonneuse. Ce phénomène est suivi d'un complet apaisement.

En janvier 1884, coliques violentes nécessitant le repos au lit pendant quinze jours; au bout de trois semaines, émission d'une seconde vésicule, grosse comme un œuf de poule. La troisième se montre à la fin de mars, et huit jours plus tard la quatrième qui est la plus volumineuse. En mai et juillet 1885, émission de petites vésicules. Au mois de décembre, après un voyage, et un accès douloureux particulièrement intense, il expulse en vingt-vingt-quatre heures une trentaine de petites vésicules.

Le diagnostic n'est pas douteux ; il s'agit d'hydatides qu'on doit, à cause du siège des douleurs, rapporter au rein. L. GALLIARD.

XIV. — Ces corps arrondis, d'un diamètre de 1,5 à 2 μ, se voient surtout dans les selles fraîches ; par contre leurs contours deviennent plus nets après un séjour de quelques jours dans l'eau. Ils se colorent très mal avec les dérivés de l'aniline, très bien avec l'éosine. L'auteur n'a pu les cultiver. Ils sont très brillants quand ils vivent encore, leur éclat disparaît après leur mort. L'auteur, n'ayant pas eu l'occasion d'autopsier les malades dont les selles étaient pourvues de ces éléments, ne peut dire comment ils se comportent à l'égard de la muqueuse intestinale. Ne pouvant être affirmatif sur leur nature, il considère que leur présence en quantité plus ou moins considérable indique des cas plus ou moins graves de diarrhées chroniques. P. GALLOIS.

I. — The duration of infectiousness in eruptive diseases (Durée de la contagiosité des maladies éruptives), par F. PEARSE (*Brit. med. journ.*, *p.* 968, *novembre* 1886).

II. — Scarlet fever in relation with the disturbance of impure subsoil (Relation étiologique de la scarlatine avec l'impureté du sous-sol), par Philip BOBBYER (*Ibidem*, *p.* 810, *octobre* 1886).

III. — On the duration of infectiveness in scarlet fever (Durée de la contagiosité de la scarlatine), par H. ASHBY (*Ibidem*, *p.* 814, *octobre* 1886).

IV. — Scarlet fever : the best means for its prevention (Scarlatine : les meilleurs moyens de la prévenir), par John TATHAM (*Ibidem*, *p.* 811, *octobre* 1886).

I. — Pearse a soin de distinguer l'infectiosité de la personne malade de celle de ses vêtements. Il croit que la première est moins longue qu'on ne l'admet : par exemple, pour la scarlatine, il ne croit pas à la contagiosité des squames épidermiques de seconde et de troisième formation.

Pour lui, la période de contagion des principales maladies éruptives se chiffre ainsi :

Rougeole,....... 3 semaines à partir du deuxième jour ;
Variole, 3 semaines à un mois — premier —

Scarlatine, 6 ou 9 semaines à partir du quatrième jour.
Oreillons, 3 semaines;
Diphtérie, moins de 3 semaines (?) H. R.

II. — Relation succincte d'une épidémie de scarlatine qui atteignit la majeure partie de la ville de Kimberby, et parut en rapport avec des travaux de terrassement considérables. Pendant la première partie de l'épidémie, les maisons infectées étaient toutes situées au voisinage des excavations creusées dans le sous-sol qui n'avait pas été remué depuis fort longtemps : deux mois après, nouvelle apparition d'une recrudescence d'épidémie, cette fois localisée au bord d'un égout qui répandait de mauvaises odeurs. L'auteur en déduit que l'impureté du sol provoqua l'éclosion de l'épidémie, mais il n'apporte aucune preuve démonstrative à l'appui. H. R.

III. — Voici les conclusions d'Ashby, qui, en sa qualité de médecin de l'hôpital des enfants à Manchester, voit annuellement passer un grand nombre de scarlatineux dans son service.

1° Si la desquamation est complète, on peut renvoyer un scarlatineux à la fin de la sixième semaine, bien qu'il soit plus sage d'attendre ordinairement la fin du deuxième mois.

2° Les cas compliqués de néphrite, de pleurésie, d'otite, d'abcès ganglionnaires doivent être maintenus dans les salles jusqu'à complète guérison.

3° Au delà de la huitième semaine, la présence de quelques squames épidermiques persistantes n'empêche pas l'enfant d'être rendu à la circulation et remis impunément en contact avec les autres enfants. H. R.

IV. — Tatham montre, par l'exemple de ce qui a été fait dans la ville de Salford, que l'on peut, dans une large mesure, diminuer et même empêcher le développement des épidémies scarlatineuses. Un hôpital de fiévreux a été construit grâce aux soins de la municipalité, et la statistique suivante témoigne de son utilité. De 1856 à 1875, époque de l'inauguration de l'hôpital, la proportion annuelle de scarlatine était de 135 pour 100,000 individus. Dans les 7 années suivantes, elle tomba à 98 : enfin, depuis 1882, elle n'est plus que de 50. Ce dernier chiffre est dû à l'établissement d'un service d'avertissement qui signale tous les cas à mesure qu'ils se produisent. Dès qu'une scarlatine est connue, on prend toutes les précautions pour l'isoler en ville : si la chose est impossible, on transporte le malade, avec le consentement de la famille, à l'hôpital; ensuite, quelle qu'ait été l'issue de la maladie, on désinfecte à fond l'appartement. Un inspecteur est de plus chargé d'ouvrir une enquête pour savoir d'où provient la maladie, si les conditions hygiéniques de l'habitation sont satisfaisantes, et s'il y a d'autres enfants allant à l'école : auquel cas, d'office, on les tient en observation et on les sépare des autres écoliers. H. R.

I. — Nouvelle communication sur la rage, par PASTEUR (*Bullet. de l'Ac. de méd., tome XVI, n° 41*).

II. — Statistique générale des personnes qui ont été traitées à l'Institut Pasteur, par VULPIAN (*C. R. Acad. des sciences, 24 janvier 1887*).

III. — Ueber die Incubationsdauer der Wuthkrankheit beim Menschen (Durée

d'incubation de la rage humaine), par **BAUER** (*Münchener med. Woch.*, *n.* 36 *et* 39, 1886).

IV. — Étude expérimentale sur l'incubation de la rage, par SZPILMAN (*Archives slaves de Biologie*, *t. II*, *p.* 261-277, 1886).

V. — Note sur 16 cas de rage paralytique, par N. GAMALEIA (*Soc. de Biol.*, 29 *janvier* 1887).

I.— Dans cette note, Pasteur donne la statistique des individus soumis par lui à l'inoculation préventive pendant l'espace d'une année. Le nombre des personnes traitées a été de 2,490. La durée du traitement a été pour tous de 10 jours. Chaque jour, le patient recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du 14e jour et en finissant par la moelle du 5e jour.

Sur 1,700 mordus, d'origine française, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace. L'auteur met à part deux autres personnes, dont la mort, selon lui, doit être attribuée à leur arrivée tardive au laboratoire. Dix morts sur 1,700, 1 pour 170, tel est, pour la France et pour l'Algérie, le résultat de la méthode dans sa première année d'application. D'autre part, pendant la même période, Pasteur a eu connaissance de 17 cas de mort chez des individus qui n'avaient pas eu recours à ses soins. Parmi ceux qui ont succombé malgré le traitement, la plupart étaient des enfants, mordus à la face.

Sur 19 Russes mordus par un loup enragé, trois sont morts, l'un en plein traitement, les deux autres quelques jours après. En présence de ce fâcheux résultat, on se décida à faire subir aux survivants un second et un troisième traitement, en allant jusqu'aux moelles les plus fraîches, celles de 4, 3 et 2 jours. Aucun de ces 16 Russes n'a été atteint par la rage. C'est ce fait qui a déterminé Pasteur à modifier le traitement, en le faisant à la fois plus rapide et plus actif pour tous les cas, plus rapide encore et plus énergique pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples sur les parties nues. C'est ainsi que, le premier jour, on inoculera, par exemple, les moelles de 12, de 10, de 8 jours à 11 heures, à 4 heures et à 9 heures ; le 2e jour, et aux mêmes heures, les moelles de 6, 4 et 2 jours ; le 3e jour, la moelle de 1 jour. Puis le traitement est repris les trois jours suivants avec des moelles de 8, 6, 4 jours, de 3 et 2 jours, de 1 jour. Le 7e jour, on se sert de moelles de 4 jours, le 8e jour, de moelles de 3 jours, le 9e jour, de moelles de 2 jours, enfin le 10e jour, de moelles de 1 jour. Cette nouvelle manière d'opérer a été couronnée d'un plein succès chez 10 enfants gravement mordus, alors que le traitement simple a échoué chez 6 enfants mordus d'une façon analogue.

En terminant, l'auteur donne le résultat des expériences qu'il a instituées dans le but de produire l'état réfractaire des chiens après trépanation et inoculation intracranienne du virus rabique. Pour atteindre ce but, il faut commencer la vaccination peu de temps après l'inoculation, dès le lendemain. Il faut aussi procéder rapidement, donner la série des moelles préservatrices en vingt-quatre heures et même dans un délai moindre, pour répéter de deux heures en deux heures le traitement une ou deux fois. L'insuccès de Frisch dans des expériences analogues tiendrait à la méthode lente de vaccination qu'il a adoptée. GASTON DECAISNE.

II. — Cette statistique, que nous résumons sommairement, comprend tous les mordus traités d'octobre 1885 au 31 décembre 1886. 2,682 personnes, dont 1,929 Français, ont suivi le traitement par les inoculations ; il y a eu 31 cas de mort.

Sur 233 personnes mordues par des chiens enragés (inoculation expérimentale ou développement de la rage chez d'autres sujets mordus en même temps), 4 morts : mortalité 1,71 0/0.

Sur 1,931 personnes mordues (rage reconnue à l'autopsie des animaux), 25 morts : mortalité 1,28 0/0.

Sur 518 personnes mordues par animaux suspects, 2 morts : mortalité 0,380.

Sur ce total, 48 personnes avaient été mordues par des loups enragés, 7 morts : mortalité 14 0/0. Trois avaient eu les premiers symptômes de rage au début du traitement.

Si on compare les résultats obtenus par le traitement simple ou le traitement intensif chez des personnes mordues au visage ou à la tête par des chiens enragés, on trouve les chiffres suivants :

Traitement simple.		*Traitement intensif.*	
Personnes mordues	136.	Personnes mordues	50.
Morts	9.	Morts	0.
Mortalité	6,61 0/0.	Mortalité	0.

A. C.

III. — De l'analyse comparative de 510 cas bien observés de rage humaine, l'auteur tire les conclusions suivantes. Chez l'homme, la durée moyenne de l'incubation est de 80 jours; elle est de 65 jours chez la femme ; chez l'enfant 57 jours, au lieu de 70 à 75,5 chez l'adulte, conditions probablement en rapport avec la localisation différente des blessures. Pour les morsures multiples, ou siégeant à la tête ou au cou, l'incubation moyenne est de 55 jours ; elle est de 74 jours pour les membres inférieurs ; de 81 jours 1/2 pour les membres supérieurs. L'incubation est de 39 jours en moyenne pour les morsures de loup ; de 73 jours 1/2 pour les chiens ; de 80 jours pour les chats. Le traitement préalable n'a du reste aucune action sur la durée de l'incubation, et celle-ci ne préjuge en rien le cours ultérieur de la maladie. A. CHAUFFARD.

IV. — D'une série d'inoculations pratiquées sur des chiens et des lapins, Szpilman conclut d'abord que tous les lapins ne sont pas aussi sensibles au virus de la rage que le dit Pasteur, de telle sorte qu'il est difficile d'expliquer pourquoi, dans la vaccination préservatrice, celui-ci emploie la moelle des lapins et non celle des chiens.

Une autre conclusion est que, lorsqu'on fait l'inoculation directement, l'endroit où l'on opère a une grande influence sur la durée de la période d'incubation, celle-ci étant d'autant plus longue que le virus a un chemin plus long à parcourir pour arriver aux centres nerveux où il trouve, plus encore que dans le nerf, un milieu de culture favorable à son développement. Szpilman attaque vivement le principe même de la vaccination anti-rabique et met en doute l'authenticité des cas de rage traités par cette méthode. NICOLAS.

V. — Gamaleia rapporte 16 observations de rage à forme paralytique chez l'homme ; la marche de l'affection est analogue à celle de la para-

lysie ascendante aiguë. Début par un malaise général, de la fièvre, puis douleurs dans les membres bientôt suivies d'ataxie, de parésie et de paralysie avec perte des réflexes tendineux. La paralysie gagne les muscles du cou, de la face et envahit plus ou moins rapidement les centres de la déglutition et de la respiration. A. C.

I. — Doctrine microbienne de la fièvre jaune et ses inoculations préventives, par Domingos FREIRE (*In-8°, Rio-de-Janeiro*, 1885),

II. — Le vaccin de la fièvre jaune, résultats statistiques, par LE MÊME (*Broch., Rio*, 1886).

III. — La fièvre jaune et ses inoculations préventives, par TROUESSART (*Rev. scientif.*, 8 *janvier* 1887).

IV. — De la vaccination de la fièvre jaune, par ISSARTIER (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 *oct*. 1886).

V. — Recherches sur la fièvre jaune, par A. LE DANTEC (*Thèse de Paris*, 1886).

VI.— Yellow fever, its transmission by the cullex mosquito (Transmission de la fièvre jaune par les moustiques), par C. FINLAY (*Americ. journ. of med. Sc.*, *octobre* 1886).

I-II. — D. Freire a fait connaître, il y a déjà quelques années, les résultats de ses premières recherches sur le microbe qu'il regarde comme propre à la fièvre jaune, cryptococcus xanthogenicus (*R. S. M.* XXVI, 49). D'après lui, ce microbe existe dans tous les organes et dans tous les liquides de l'économie ; on le trouve surtout dans le sang des capillaires. Les inoculations faites par l'auteur à divers animaux montrèrent que la maladie était transmissible à certaines espèces, le cobaye notamment. Mais, en injectant à ces animaux des cultures de plus en plus éloignées, on arrive à une atténuation du virus telle que l'inoculation est inoffensive et devient prophylactique. C'est à la suite de ces essais que Freire a fait les premières tentatives d'inoculation chez l'homme ; depuis, les vaccinations ont été nombreuses (injection sous-cutanée) et les résultats semblent très satisfaisants.

Dans une première série de 418 inoculations pendant une épidémie, il n'y a eu que 7 morts contre 650 décès chez des sujets non vaccinés. Dans une seconde épidémie, en 1885, Freire vaccine 3,051 personnes, dont 625 enfants ; pas un seul décès. Pendant ce temps, l'épidémie tuait 278 personnes dans la ville de Rio.

III et IV. — Résumés très complets des travaux de D. Freire. A. C.

V. — Ayant pu observer, à la Guyane française, une épidémie de typhus amarille, Le Dantec a pu contrôler les recherches do Domingos Freire et Carmona. Il résulte des autopsies qu'il a faites et des examens microscopiques, bactériologiques et chimiques qu'il a pratiqués, particulièrement dans les laboratoires de Cornil et A. Gautier, « qu'on ne doit attacher aucune importance aux prétendues découvertes de Freire et Carmona. Leurs micro-organismes sont des granulations pigmentaires ou autres ; leurs cultures sont impures ; leur vaccination anti-amarile est basée sur des expériences entachées d'erreurs ». Toutefois il est probable que la fièvre jaune est une maladie micro-parasitaire, bien que Le Dantec n'ait pu trouver de micro-

organisme dans le sang qui semble en revanche renfermer une ptomaïne ; mais il existe dans l'estomac et le gros intestin des micro-organismes dont il reste à étudier le rôle pathogénique. E. DESCHAMPS.

VI. — Nous connaissions déjà le rôle si curieux des moustiques dans la transmission de la filaire du sang ; voici que, d'après Finlay (de la Havane), la propagation épidémique de la fièvre jaune se ferait non par infection aérienne, mais par les inoculations dues aux piqûres des moustiques.

On ne peut incriminer aucun autre insecte suceur, tel que les puces, car leurs mœurs et leur distribution géographique ne concordent pas avec le mode de dissémination de la maladie. Pour les moustiques, au contraire, ce n'est que là où ils trouvent des conditions d'altitude et de température favorables à leur vie, que la fièvre jaune peut devenir épidémique; elle disparaît avec eux, se propage rapidement là où ils abondent.

D'autre part, l'auteur rapporte 6 cas dans lesquels il a fait piquer des sujets sains par des moustiques qui, dans les jours précédents, avaient piqué des malades atteints de fièvre jaune. Ces 6 inoculations ont été suivies de succès, sans que l'on puisse, semble-t-il, admettre d'autre cause d'infection (?). Parmi les agents de dissémination épidémique de la fièvre jaune, les moustiques mériteraient donc le premier rang.

A. CHAUFFARD.

I. — Die parotitis, par H. FREMMERT (*D. Arch. f. klin. Medic., Band XXXVIII, Heft* 5 *et* 6, *p.* 389).

II. — De la paralysie ourlienne, par JOFFROY (*Progrès médical,* 20 *novembre* 1886).

I. — Fremmert n'admet pas la séparation établie entre les parotidites primitives et secondaires, entre les oreillons et les parotidites symptomatiques du typhus exanthématique, du typhus récurrent, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, etc.

On peut mettre dans une classe à part les parotidites par propagation qui sont consécutives à une lésion de la cavité buccale, des maxillaires, à une carie dentaire, etc. En dehors de cette condition particulière, les parotidites doivent être distinguées en parotidites infectieuses et parotidites non infectieuses. Les parotidites infectieuses, ou mieux la parotidite infectieuse est considérée par lui comme une sorte d'unité pathologique : qu'elle survienne isolément ou épidémiquement, qu'elle soit primitive ou consécutive à une maladie typhique.

Dans cette dernière condition, il s'agirait donc seulement d'une coïncidence.

Il s'applique à repousser les caractères qui amènent à faire des oreillons une maladie à part, distincte des parotidites secondaires et des parotidites suppurées.

Souvent les oreillons ne prennent qu'une glande ; ils peuvent suppurer ; enfin l'orchite peut exister dans le cours des affections typhoïdes.

L'auteur est ainsi amené à considérer la parotidite comme étant une simple coïncidence au cours des maladies infectieuses : il y a par exemple fièvre typhoïde et parotidite, parallèlement.

La parotidite ainsi considérée doit être divisée en parotidite séreuse, suppurée, gangréneuse et septique.

Il a recueilli 71 observations. 66 fois la parotidite coïncidait avec le typhus exanthématique, la fièvre récurrente ou la fièvre typhoïde; 3 fois elle résultait de la propagation d'une inflammation de voisinage; 2 fois elle était primitive.

Son travail peut en tout cas servir à l'histoire de la parotidite secondaire. A. MATHIEU.

II. — Il s'agit d'une fillette de 4 ans et demi qui, le 28 avril, eut les oreillons durant 6 jours ; le 6 mars elle éprouva des douleurs lancinantes dans les bras ; le 8 dans les cuisses et les jambes, avec fourmillements ; le 18 mai se montra la paraplégie ; le 19 mai légère albuminurie ; le 27 mai paralysie des deux membres supérieurs ; le 7 juin palpitations et incontinence nocturne d'urine. A ce moment on constatait une paralysie flasque des 4 membres, surtout des inférieurs ; l'abolition des réflexes tendineux, de la contractilité galvanique et faradique des muscles ; la sensibilité cutanée était émoussée ; les sens spéciaux étaient intacts. 2 diagnostics avaient été posés : mal de Pott, et paralysie spinale subaiguë.

Joffroy admit l'existence d'une paralysie ourlienne, analogue aux paralysies diphtéritiques avec pronostic favorable ; de fait sous l'influence d'un régime tonique, de l'iodure de potassium, de frictions et de l'électricité, l'enfant était presque guérie au mois d'août, et complètement à la fin de l'année.

H. L.

GYNÉCOLOGIE.

A case of reflex vaso-motor neurosis dependent on ovarian displacement, par H.-J. BOLDT (*American Journal of obstetrics, février* 1886).

Le fait suivant mérite d'être rapproché des éruptions observées par Wagner et Joseph (*R. S. M.*, XVI, p. 606), et par Janowsky et Schwing (*R. S. M.*, XXII, p. 628). Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans : la première menstruation qui eut lieu à 13 ans s'accompagna de la production d'une rougeur pourpre du membre supérieur droit avec taches blanches, et d'un gonflement incolore de la jambe et du pied droits. Le membre supérieur resta froid pendant toute la menstruation. Ces phénomènes qui avaient débuté la veille de l'apparition du sang atteignirent leur apogée le cinquième jour et disparurent dans l'espace de 2 à 3 semaines pour revenir à la période suivante.

Depuis un an sont venues s'y joindre des sensations douloureuses très pénibles : engourdissement, fourmillement dans le bras, douleur déchirante dans l'épaule, et dans la région inguinale droite. Au moment où l'auteur vit la malade pour la première fois, le bras gonflé était très dur, nulle part sensible à la pression, gardant légèrement l'empreinte d'une coloration pourpre foncé avec taches blanches de la dimension d'une lentille.

Les veines superficielles et les capillaires du bras droit et de la partie antérieure et supérieure du thorax étaient fortement engorgés; la cubitale dans son trajet sur la face postérieure, paraissait dure et tendue comme une corde. L'examen vaginal révèle la présence, dans le cul-de-sac de Douglas, de l'ovaire droit, douloureux et tuméfié (double du volume normal) ; une pression modérée détermine des nausées. Comme traitement l'auteur eut recours au courant galvanique et fit sur l'ovaire malade des applications d'iode.

La menstruation est revenue et, pour la première, fois n'a pas été douloureuse ; le gonflement et la coloration du bras persistent. (*R. S. M.*, XVII, p. 169.) H. DE BRINON.

A case of vicarious menstruation simulating pulmonary phthisis ; cure, par Richard THOMAS (*American journal of obstetrics, février* 1886).

Femme de 40 ans, mariée, sans enfants, que l'on considérait comme arrivée à la dernière période de la phtisie. L'examen de la poitrine ne révèle cependant aucun signe de lésion pulmonaire. La toux est incessante et accompagnée d'une expectoration sanguinolente. L'examen des organes génitaux montre l'utérus abaissé, volumineux et très lourd ; le col est absolument imperméable, l'orifice externe marqué seulement par une légère dépression. Thomas apprend alors que la menstruation établie à quinze ans a été régulière pendant vingt ans.

La menstruation a cessé complètement, il y a quatre ans. C'est à cette époque que la toux a débuté, puis l'expectoration sanguinolente. La malade n'a jamais remarqué que le sang fût plus abondant au moment des époques.

L'auteur pratique la perforation du col, et une quantité considérable de sang noir s'échappe de l'utérus. La toux diminue à partir de ce moment et disparaît complètement à l'apparition de la première période menstruelle. Deux mois après la malade est complètement rétablie. H. DE BRINON.

Totale Inversion des Uterus, par SCHMALFUSS (*Soc. méd. de Hambourg, 21 septembre* 1886).

Une jeune fille de 19 ans est amenée à l'hôpital, 10 jours après son accouchement ; on apprend qu'elle a perdu beaucoup de sang, que la sage-femme a pratiqué l'extraction immédiate du placenta et qu'elle a été 3 jours sans connaissance à la suite de la parturition. L'auteur constate une inversion totale de l'utérus qui se présente à la vulve sous forme d'une tumeur violacée, grosse comme le poing, sur laquelle on trouve les traces des attaches placentaires. Le col est dur, contracté.

On donne du chloroforme à la patiente pour opérer la réduction de l'organe ; la paroi utérine est faible et semble prête à se gangréner. On n'ose donc pas exercer de pression. L'auteur est forcé de pratiquer la laparotomie afin de dilater, du côté de l'abdomen, les bords de l'infundibulum utérin. On peut de cette façon éviter l'hémorragie interne. Lavage de l'utérus, tampon d'iodoforme dans le vagin. Suture de la paroi abdominale. Guérison sans incident.

Au bout de quelques mois l'opérée présente des organes génitaux normaux. L. GALLIARD.

On the corroding ulcer of the os uteri, par John WILLIAMS (*Trans. of the obst. Soc. of London, vol. XXVI, p.* 60).

L'ulcère décrit par John et Charles Clarke est-il une lésion de nature spéciale distincte du cancer, ou n'est-il, comme le veut Scanzoni, qu'une ulcération cancéreuse méconnue ? Williams en a observé 3 cas chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine ; on voit la lésion persister de longues années (9 et 10 ans dans deux cas) sans donner lieu à aucun phénomène grave. Dans les trois cas, la menstruation avait cessé depuis longtemps. La nature des pertes varie suivant les périodes ; tantôt purulente ou muco-purulente pendant des années, souvent très faible ou imperceptible pendant des mois et des années et sans odeur ; parfois aussi très abondante et fétide et dans ce cas accompagnée de vives

douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen. L'auteur n'a pas observé d'hémorragies profuses, mais Churchill et Clarke en ont noté. La douleur devient, à un certain moment, continue et assez violente, mais ne prend jamais le caractère des douleurs cancéreuses. Dans deux cas où l'ulcère a été observé dès les débuts, son siège était sur la lèvre du col, et c'est de là qu'il a gagné le vagin. Les bords de l'ulcère ne prennent une consistance dure qu'à un degré avancé : le fond est d'un rouge foncé, jamais gris. Son mode d'extension est toujours régulièrement symétrique. Dans un cas, la portion de l'ulcère reposant sur la muqueuse vaginale était entourée de tubercules et offrait exactement l'aspect du lupus vorace de la face. L'examen histologique éloigne complètement l'idée du cancer ou d'épithéliome : la base de l'ulcère est formée par le tissu normal infiltré de petites cellules rondes ; ces cellules ne pénètrent pas profondément dans les tissus : elles n'occupent que la couche superficielle. Les tissus ne sont pas vascularisés. En somme il paraît y avoir deux variétés : l'une n'est que la gangrène sénile des tissus, l'autre se rapproche du lupus. H. DE BRINON.

Risse des Cervix Uteri, ihre Folgen und operative Behandlung (**Les déchirures du col utérin, leurs conséquences et leur traitement opératoire**), par **A. CZEMPIN** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, *Band XII*, *Heft* 2).

Czempin ne s'occupe, dans ce travail, que des déchirures qui atteignent ou dépassent la commissure externe.

Sur 287 cas observés à la policlinique de Martin, 147 déchirures étaient unilatérales, 57 à gauche, 90 à droite, 131 bilatérales, 3 multiples; 5 portaient sur la lèvre postérieure, 1 sur la lèvre antérieure. Une partie de ces déchirures guérit spontanément, et laisse le col intact; d'autres ne donnent lieu à aucun symptôme et ne produisent jamais d'ectropion, bien que la cicatrisation se fasse sans réunion des lèvres de la plaie.

Les déchirures peuvent provoquer des phénomènes douloureux par le simple fait de la rétraction cicatricielle exercée sur l'utérus, sans qu'il y ait ni ectropion ni état catarrhal de la muqueuse. L'ectropion et l'inflammation catarrhale du col coïncident fréquemment avec les déchirures; mais c'est à tort qu'on les a considérées comme la conséquence immédiate des déchirures : car, d'une part, on voit des déchirures très anciennes qui n'ont jamais donné lieu à ces accidents; d'autre part, on les voit se produire sur des cols vierges (Observations de l'auteur et de Martin).

Une catégorie très importante des déchirures du col comprend celles qui atteignent le cul-de-sac vaginal et sont en relation avec une lésion du plancher pelvien. Sur les 287 cas cités plus haut, 68 appartenaient à cette catégorie; 219 étaient restés limités au tissu du col. Ces déchirures profondes sont le plus souvent unilatérales (60 sur 68). Les suites immédiates de ces déchirures sont le danger d'infection et d'hémorragie et la formation d'exsudats paramétriques. Alors même que la femme échappe à ces dangers, les suites de couches sont en général un peu plus longues. Les suites éloignées résultant de l'action du tissu cicatriciel ne se manifestent que plusieurs semaines après les couches; elles consistent en une atrophie de la portion correspondante du col, et une

hypertrophie de la portion opposée, accompagnée souvent d'ectropion et d'état catarrhal, de déviation et de fixation de l'utérus en latéro-version, de phénomènes nerveux résultant de la compression par le tissu cicatriciel des ganglions de Frankenhauser, etc. Au point de vue clinique, le phénomène dominant est la sensibilité extraordinaire du tissu cicatriciel. Enfin les fonctions physiologiques de la menstruation et de la grossesse sont plus ou moins troublées.

L'opération d'Emmet réussit très bien contre les déchirures n'atteignant pas le cul-de-sac, qu'elles soient ou non compliquées d'inflammation catarrhale de la muqueuse cervicale ; mais elle échoue contre les déchirures profondes dont on vient de parler. Il en est de même des applications médicamenteuses locales. Pour obtenir un résultat durable dans ces cas, il faut s'attaquer à la cicatrice elle-même, en isolant par une incision le col de la masse cicatricielle qui l'englobe. L'incision doit porter sur toute la hauteur du col. Il est nécessaire dans certains cas d'y joindre l'excision des masses cicatricielles paramétriques. La suture de la plaie suffit généralement pour arrêter l'hémorragie. Enfin, dans certains cas, l'opération d'Emmet ou l'amputation de la portion vaginale doit compléter cette opération.

Martin a pratiqué 21 fois cette opération et dans tous les cas la guérison a été complète. H. DE BRINON.

Ueber die Alexander'she Operation, par ZEISS (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 3).

Zeiss a pratiqué trois fois l'opération d'Alexander ; il est satisfait des résultats ; il croit que l'opération ne s'applique qu'aux rétroflexions, pas au prolapsus.

Slavjanski a pratiqué l'opération cinq fois. Une fois il n'a pas pu trouver les ligaments ronds ; une autre fois il a eu beaucoup de peine ; dans les autres cas il les a trouvés facilement : les résultats ont été satisfaisants. Il n'a pas pratiqué l'opération pour des prolapsus.

Küstner a opéré deux fois, avec de mauvais résultats. L'opération, suivant lui, doit être réservée aux cas très simples où l'utérus est facile à ramener. Il n'a pas eu de peine à trouver les ligaments.

Mundé a obtenu des guérisons complètes ; mais il a échoué trois fois dans la recherche des ligaments. La mobilité de l'utérus est une condition indispensable de succès.

Winckel persiste à rejeter l'opération qui manque, suivant lui, de base anatomique. Les résultats cliniques obtenus ne font que le confirmer. Il fait remarquer que des trois opérées de Zeiss, l'une a une petite hernie une autre reste obligée de porter un pessaire H. DE BRINON.

The treatment of procidentia uteri by galvano-cautery (Le traitement du prolapsus utérin par le galvano-cautère), par John BYRNE (*Amer. gyn. Soc. Boston med. and surg. journ.*, 14 *octobre* 1886).

L'auteur est d'avis qu'il n'existe aucun rapport de cause à effet, entre la déchirure du périnée et le prolapsus utérin ; excepté dans le cas où la déchirure nuirait à l'involution normale de l'utérus après l'accouchement. Les opérations sur le périnée ont pour but de créer un obstacle mécanique à la descente de l'utérus ; mais pour guérir cette affection

d'une manière radicale et permanente, il faut amputer une partie plus ou moins considérable du col. Suivent trois observations à l'appui de ce qui précède. Il faut ajouter que l'auteur se sert du galvano-cautère pour pratiquer l'amputation du col. J. B. H.

Ueber die allgemeine nicht infectiöse Peritonitis (De la péritonite générale non infectieuse), par SCHRŒDER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XII, Heft* 2).

Il existe une forme de péritonite générale que l'on constate fréquemment dans les ovariotomies, bien qu'elle ne se soit révélée parfois par aucun symptôme. Elle ne présente d'ailleurs pas les signes considérés comme caractéristiques de la péritonite générale, en particulier les troubles du sensorium et l'altération du pouls. Il ne s'agit pas là d'une péritonite chronique ; les anamnestiques et les lésions pathologiques le prouvent. Au point de vue anatomo-pathologique, rien ne distingue cette péritonite de la péritonite maligne (infectieuse) ; on retrouve l'injection du péritoine pariétal et viscéral, l'épanchement de liquide fibrineux plus ou moins trouble, les fausses membranes.

Cette forme de péritonite apparaît presque toujours dans des cas de tumeurs ovariennes ; les circonstances qui ont été notées comme en favorisant le développement, sont la rupture des kystes, la torsion du pédicule ou l'inflammation spontanée des tumeurs ; ce qui la distingue de la péritonite septique ; c'est qu'elle se produit dans une cavité abdominale complètement formée et dans des conditions où il paraît impossible d'admettre l'introduction de germes infectieux. Le diagnostic des formes est très difficile, souvent impossible : la présence ou l'absence des micro-organismes est le seul moyen. La mauvaise odeur n'a aucune signification.

L'auteur a pratiqué 5 fois la laparotomie dans des cas de péritonite infectieuse : toutes les malades ont succombé ; dans les cas de péritonite générale non infectieuse, le pronostic est beaucoup plus favorable, même lorsqu'il y a des symptômes d'intoxication.

Litzmann croit que les traumatismes ne peuvent développer la péritonite générale que lorsqu'ils sont suivis d'épanchements sanguins. Outre les causes signalées par Schrœder, l'auteur a observé les suivantes : introduction du liquide amniotique par une piqûre d'aiguille, et entrée de l'air par une déchirure du cul-de-sac vaginal pendant l'accouchement. Le seul caractère différentiel est l'absence de phénomènes cérébraux dans la forme non infectieuse.

A. Martin a vu des cas de péritonite générale non infectieuse se développer sous l'influence d'affections des trompes, et, dans quelques cas rares, sous l'influence de myomes.

Löhlein et Litzmann ont été frappés de l'influence fâcheuse qu'exerce sur le péritoine le contenu des kystes dermoïques.

Schrœder a toujours vu le contenu des tumeurs, même des tumeurs dermoïques sans action sur le péritoine. H. DE BRINON.

Remarques sur l'anatomie pathologique et le pronostic des kystes mucoïdes de l'ovaire, par POUPINEL (*Rev. de chir.*, 10 *janvier* 1886).

D'une étude basée sur l'examen détaillé de cent cinquante cas

de kystes mucoïdes de l'ovaire, l'auteur tire les conclusions suivantes : L'épithélioma kystique de l'ovaire peut affecter, dans son évolution, deux marches absolument opposées. Dans certains cas, il accuse une tendance régressive manifeste, se simplifie, s'infiltre de sels calcaires. Dans le cas inverse, sa structure devient de plus en plus compliquée ; son stroma se développe sous forme de végétations ; l'épithélioma, qui tapisse ses cavités, prolifère, envoie dans le stroma des bourgeons creux ou pleins. La tumeur prend alors l'aspect de l'épithélioma cylindrique tubulé ou du carcinome. Ce sont les tumeurs épithéliales kystiques, qui manifestent ainsi leur vitalité, dont la génération paraît le plus à redouter..... Comme il s'agit d'une tumeur maligne, il faut opérer dès que le diagnostic est établi. OZENNE.

I. — Four cases of chronic inflammatory disease of the uterine appendages, par Lawson TAIT (*The Lancet*, 10 *juillet* 1886).

II. — Six cases of abdominal section for pyosalpinx, par PRICE (*New York med. Journal*, 23 *octobre* 1886).

I. — Tait rapporte l'observation d'une femme atteinte de pelvi-péritonite à la suite de sa première couche, et qui pendant 7 années consécutives avait souffert de douleurs abdominales incessantes, exagérées par l'exercice et par le coït, et de ménorragies qui l'avaient réduite à un état d'anémie extrême. Lawson Tait lui enlève les trompes et les ovaires, non sans de grandes difficultés, en raison des adhérences très étendues qui unissaient entre eux tous les organes pelviens. Guérie sans aucune complication, la malade retrouve promptement sa santé et ses forces, et se voit délivrée des souffrances insupportables qui la torturaient depuis 7 ans.

A l'occasion de ce fait, L. Tait donne la description des lésions anatomiques constatées à l'autopsie chez trois femmes qui avaient présenté pendant leur vie tous les symptômes de la pelvi-péritonite chronique : adhérences généralisées des organes du petit bassin, et notamment des trompes qui sont tordues sur elles-mêmes ; souvent oblitérées, et dans tous les cas immobilisées de façon à rendre impossible l'adaptation du pavillon sur l'ovaire et par conséquent le passage dans l'utérus d'un ovule susceptible d'être fécondé. Les lésions sont presque identiques dans tous les cas.

Le chirurgien anglais part de là pour conseiller, sans réserve, l'opération de l'ablation des annexes de l'utérus, autrement dit la castration de la femme. H. BARTH.

II. — Price a pratiqué 6 laparotomies dans des cas de salpingite suppurée; une seule de ses opérées a succombé et l'autopsie a démontré que la mort était due à une lésion cardiaque et non pas à des accidents péritonitiques.

Dans tous les cas, l'exactitude du diagnostic de salpingite a été vérifiée après l'ouverture du ventre, et le chirurgien a extirpé la trompe et l'ovaire d'un seul côté, ou des deux côtés quand il y avait des lésions bilatérales.

Chez les 6 malades, l'auteur a trouvé la blennorragie comme origine de la suppuration salpingienne. L. GALLIARD.

I. — Castration in mental and nervous diseases, par sir Spencer WELLS, A. HEGAR, et R. BATTEY (*Americ. journ. of med. Science*, *octobre* 1886).

II. — Zur Heilung der Hysterie durch Castration, par Aug. FOREL (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *septembre* 1886).

III. — Dermoid cysts of both (2) ovaries, par J.-E. JANVRIN (*Americ. journ. of obst.*, *janvier* 1886).

IV. — Torsion et rupture des kystes de l'ovaire, par HEURTAUX (*Bull. Soc. de chir., XII, p.* 747).

V. — A case of ovarian dermoid tumour (Kyste dermoïde ; torsion du pédicule), par CARAFY et HAWARD (*Lancet,* 15 *mai* 1886).

VI. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par PARIZOT (*Thèse de Paris,* 1886).

VII. — Fibrome très douloureux de l'ovaire, ovariotomie, par J. RENDU (*Lyon méd.,* 28 *novembre* 1886).

VIII. — Zur Nachbehandlung schwerer Laparotomien (Traitement consécutif des laparotomies graves), par P. MÜLLER (*Arch. f. Gynæk., Band XXVIII, Heft* 3).

I. — Rien n'est plus curieux que de lire et de comparer les trois mémoires de Spencer Wells, de Hegar et de Battey sur cette question, si discutée actuellement, de la castration dans les maladies nerveuses et mentales. Les points de vue auxquels se sont placés les trois auteurs, ainsi que leurs arguments, diffèrent plus, on va le voir, que leurs conclusions.

Le mémoire de *Spencer Wells* est avant tout œuvre de polémique, pleine de verve et semée d'attaques presque personnelles contre un confrère qu'il ne nomme pas, mais qu'on devine aisément. L'auteur fait l'historique de l'opération, montre « l'épidémie laparotomique » se répandant de plus en plus, pour aboutir aujourd'hui à de dangereuses exagérations. L'ovaire, malade ou non, devient le centre, le « noyau de la gynécologie ». Une femme est-elle atteinte d'accidents hystériques, dysménorrhéiques ou névralgiques, on la châtre, parfois presque par surprise. Il y a là, dit l'auteur, outre l'abus chirurgical, une infraction coupable à la loi morale de la multiplication de l'espèce ; tout un plaidoyer théologique, assez inattendu, il faut l'avouer, vient au secours de cette thèse. Quant aux conclusions, les voici : l'oophorectomie normale peut être pratiquée dans certains cas de fibromes utérins, de métrorragies incoercibles, de déformations du pelvis, d'obstructions accidentelles du vagin. On n'a que très rarement le droit d'y recourir dans la dysménorrhée, l'ovaralgie, et seulement alors que tous les autres traitements ont échoué. Elle est inadmissible dans les maladies nerveuses ou les psychoses. Jamais on ne doit la pratiquer sans le consentement de la patiente dûment prévenue. Dans la nymphomanie, elle est, pour le moins, injustifiable.

Et, comme trait final, Spencer Wels nous fait un tableau humoristique de ce que serait le sort des pauvres hommes, si un jour les femmes médecins, devenues à leur tour majorité, se laissaient aller à de justes représailles et traitaient par la castration les maladies masculines nerveuses ou autres.

L'article de *Hegar* est conçu dans un tout autre esprit ; d'après cet auteur, la castration amène une ménopause anticipée et peut être utile alors que le molimen menstruel semble la cause principale des manifestations de psychoses ou de névroses. En dehors de ces faits exceptionnels, l'opération ne doit être pratiquée que quand il y a lésion notable de l'une des parties constituantes de l'appareil génital. Encore faut-il,

pour que l'opération soit indiquée dans les faits du premier genre, que la vie soit mise en péril ou toute occupation rendue impossible par les accidents nerveux.

La castration ne peut, du reste, guérir toute névrose occasionnée ou entretenue par une lésion de l'appareil génital; elle restera impuissante, si l'excitation morbigène part d'un nerf comprimé par une cicatrice du ligament large, ou par un foyer de périmétrite, etc.

La douleur éveillée par la pression de l'ovaire ne constitue pas une indication suffisante à elle seule, la névralgie ovarienne pouvant être fréquemment d'origine centrale.

Ainsi, en résumé, ne châtrer, sauf grande exception, que quand il y a lésion de l'appareil génital.

Battey résume ainsi qu'il suit les résultats de sa pratique. Sur 7 cas de manie, durant depuis trois à quatorze ans, la castration a donné 1 guérison, 4 améliorations, 2 résultats nuls. — Sur 9 cas d'hystéro-épilepsie, durant presque tous depuis un à trois ans, et 1 d'entre eux depuis six ans, 9 guérisons. — Sur 20 cas d'ovaralgie, datant presque tous de plus de cinq ans, 13 guérisons, 3 améliorations, 4 résultats nuls.

L'ablation ou la conservation des trompes ne semble avoir eu aucune influence sur les suites de l'opération.

Suivent, résumés rapidement, les résultats obtenus et commuiqués à l'auteur par les principaux gynécologistes des États-Unis.

Ainsi, Spencer Wells est presque entièrement hostile à la nouvelle méthode; Hegar reste très réservé et très prudent; Battey semble beaucoup plus confiant et satisfait des résultats déjà acquis. A. CHAUFFARD.

II. — Forel, qui a eu l'occasion de suivre la malade opérée par Haffter et dont l'observation a été publiée par Widmer (*R. S. M*, XXIX, 175), insiste sur le fait que la castration n'a fait disparaître que les phénomènes non héréditaires, tels que la toux et les troubles de la sensibilité; à la suite d'une colère, la toux aboyante a reparu temporairement.

Il relate ensuite deux autres observations d'hystérie chez des femmes. Dans l'une, il s'agit d'une malade présentant des antécédents héréditaires de folie; à la suite de la castration des deux ovaires les symptômes morbides ne firent que s'aggraver et la femme devint tout à fait aliénée, offrant tour à tour du délire de persécution, des idées de grandeur et de la mélancolie; à deux reprises, depuis l'opération, elle a eu ses règles.

Quant à l'autre malade, une mère de 5 enfants, les médications les plus variées n'avaient rien pu contre tout un cortège de manifestations hystériques, comprenant des idées délirantes, des douleurs atroces et des perversions de la sensibilité occupent tour à tour l'estomac et les organes génitaux, des convulsions, des accès de dyspnée, de l'aphonie. La femme en était venue à ne plus rien manger, trouvant que l'ingestion d'aliments ne faisait qu'empirer son état. Forel réussit à la convaincre de s'alimenter, lui promettant en revanche, sans trop y compter lui-même, la disparition de tous ses maux. Au bout de deux mois de cette sorte de cure de Playfair simplifiée la malade avait regagné 15 kilos, et elle put quitter l'asile, guérie de tous ses accidents hystériques.

Forel conclut de ces trois observations que, dans une maladie aussi complexe que l'hystérie, on ne peut songer à aucun traitement systématique s'appliquant à tous les cas. La castration en particulier n'est indiquée qu'autant que les phénomènes morbides sont sous la dépendance indubitable d'une irritation des ovaires, qu'ils ne sont pas de date trop an-

cienne et qu'il ne s'agit pas de troubles directement héréditaires.

J. B.

III. — Relation d'une opération pratiquée par Janvrin, le 28 mai 1885. La malade était âgée de 48 ans, et racontait que six ans auparavant elle avait rendu une touffe de cheveux par l'anus. Deux tumeurs occupaient l'abdomen : celle de droite ne présentait rien de particulier ; celle de gauche adhérait par un prolongement au rectum. Ce prolongement, détaché avec peine, était couvert d'une touffe de longs cheveux noirs imprégnés de matière fécale. La suture de l'intestin fut très difficile. Guérison. H. DE BRINON.

IV. — Femme de 49 ans. Kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'adulte dont le début paraît remonter à un an. A trois reprises depuis cette époque elle a eu des poussées de péritonite très nettes, la dernière six semaines avant son entrée. Ovariotomie : la face externe du kyste présente une coloration brune rappelant l'aspect de l'intestin étranglé ; elle présente sur toute son étendue des adhérences récentes et faciles à détacher avec le doigt ; son contenu est sanglant et foncé ; enfin le pédicule est tordu 2 ou 3 fois sur son axe. Guérison. La face interne du kyste présente une foule de petits pertuis, probablement de petites ruptures vasculaires, d'où la pression fait sourdre du sang pur.

Comme cause de torsion Heurtaux semble pencher vers l'hypothèse de Lawson Tait, qui explique la torsion lente par le passage des matières dans la portion supérieure du rectum ; tous les faits de cet auteur et les trois quarts de ceux de Rokitansky se rapportent à des kystes du côté droit, comme ici.

L'observation suivante montre qu'un kyste peut continuer à se nourrir par les adhérences après la rupture complète du pédicule.

Femme de 34 ans. Grosse tumeur du ventre datant de plusieurs années. La malade accuse deux péritonites cinq et trois ans avant son entrée actuelle à l'hôpital, qui ont occupé le flanc gauche ; elle s'est aperçue depuis quinze mois de l'existence d'une tumeur du côté droit. On trouve un grand kyste ovarique et en avant, faisant saillie dans le vagin une grosse tumeur immobile et ferme dont on hésite à faire un fibrome utérin ou un épaississement de la paroi kystique.

Ovariotomie. Au-dessous du gros kyste de l'ovaire droit on trouve la petite tumeur en question qui est un kyste développé dans l'ovaire gauche et montrant encore des vestiges du ligament de l'ovaire et de la trompe, mais absolument indépendant du ligament large gauche, et dont la seule attache est une adhérence longue et souple qui l'unit au mésentère. L'opérée succombe à une péritonite généralisée.

Heurtaux pense que la petite tumeur a été arrachée de son pédicule pour ainsi dire par suite du développement du kyste de l'autre ovaire. On s'explique ainsi mieux que par la torsion que l'adhérence vasculaire qui l'a nourri soit restée intacte. MAURICE HACHE.

V. — Une fille de 13 ans, non réglée, ayant présenté depuis quatre mois un peu de tuméfaction de l'abdomen, avec quelques légères crises de coliques et de nausées, sans altération de la santé générale, est prise, le 3 juin 1885, de douleurs abdominales très violentes avec vomissements et constipation. Le 6, les symptômes ne s'amendant pas, elle est amenée à l'hôpital, où on constate l'existence d'une tumeur ovarique. Les deux jours suivants, symptomes d'irritation péritonéale plus accusés. On diagnostique un kyste de l'ovaire avec torsion commençante du pédicule. L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane, il s'écoule une quantité considérable de sérosité claire et jaunâtre ; le péritoine apparaît très injecté dans toute son étendue. La tumeur, d'un rouge vineux, presque noire en certains points, mesure environ 25 cen-

timètres de diamètre; ses parois, très tendues, sont striées de nombreux vaisseaux; en la soulevant, on reconnaît que le pédicule est deux fois tordu sur lui-même. On ponctionne le kyste et on donne issue à une grande quantité de sang; puis on lie le pédicule, on le coupe et on referme l'abdomen, après s'être assuré de l'intégrité de l'ovaire gauche. Suites régulières, sauf une attaque de parotidite double non suppurée, au 7e jour. Il s'agissait d'un kyste dermoïde, renfermant des cheveux et de la matière sébacée, et développé aux dépens de l'ovaire droit.

VI. — La torsion du pédicule est une complication assez fréquente des kystes de l'ovaire; elle est favorisée par le petit volume de la tumeur; la mobilité excessive et l'existence d'un long pédicule. Cliniquement elle engendre des accidents aigus (péritonisme-anémie aiguë) et des accidents plus lents sous forme de poussées successives de péritonite. Son diagnostic est assez facile quand on y pense. Le pronostic en est toujours grave et le traitement doit être l'ovariotomie immédiate pour les formes aiguës, faite dans les deux mois qui suivront l'accident si les symptômes ont été légers. La laparotomie devra être tentée même dans les cas de cachexie profonde, qui résulte de la suppuration chronique du kyste et du péritoine. MAURICE HACHE.

VII. — Observation intéressante par la rareté de la tumeur qui présentait toutes les apparences des fibromes utérins. L'ovariotomie fut faite pour les douleurs intolérables causées par la présence de cette tumeur. La malade, vierge, âgée de 32 ans, n'avait un peu de soulagement qu'en restant à plat ventre dans le lit. La tumeur était du volume d'une poire, siégeant dans l'ovaire gauche. Les suites de l'opération furent simples. Les douleurs ont complètement disparu. A. C.

VIII. — Pour éviter les adhérences intestinales qui se produisent fréquemment à la suite des laparotomies, et sont le point de départ de nombreux accidents, l'auteur conseille : 1° d'abandonner les bandages compressifs, 2° d'injecter dans la cavité abdominale des liquides neutres, par exemple une solution de chlorure de sodium à 7 0/0, à la température du sang.

Ìaltenbach croit que la principale cause de la formation des adhérences est l'insuffisance des désinfectants employés; depuis qu'il emploie le sublimé, il n'a pas eu d'adhérence, tandis que sur 24 cas traités avec l'acide phénique, il avait eu 3 cas de mort.

Gusserow a trouvé presque constamment des adhérences dans les cas où il a eu l'occasion de pratiquer des laparotomies secondaires.

Krukenberg a constaté, dans les expériences, sur les animaux que les solutions fortes de sublimé donnaient souvent des adhérences, tandis que les solutions faibles n'en produisaient pas.

Snger ne croit pas à l'efficacité des injections d'eau salée : pour lui, les adhérences ne sont pas si dangereuses; elles se produisent presque à toute laparotomie et ne sont pas toujours cause d'iléus.

Saxinger emploie constamment l'acide phénique : sur 131 cas il n'a pas eu un seul cas d'occlusion intestinale. H. DE BRINON.

I. — Die Myomotomie am schwangeren Uterus (De l'extirpation des fibromes utérins par laparotomie pendant la grossesse, par P. LANGNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p*. 478, 19 *juillet* 1886).

II. — Supra vaginal amputation of the pregnant (gravide) uterus, complicating

multilocular fibroid tumor, par James ETHERIDGE (*Jour. of Amer. med. Assoc., p.* 466, 23 *octobre* 1886).

I. — 1er *cas*. Femme de 29 ans, primipare; à la fin du 6e mois de sa grossesse. Laparotomie indiquée par l'avortement imminent, Le col utérin était entièrement uni avec la tumeur qui remplissait tout le côté gauche du bassin. L'isolement de la tumeur étant impossible, il fallait donc ou enlever l'utérus en même temps qu'elle, ou se borner à l'opération césarienne, que le mari préféra. La femme guérit.

2e *cas*. Femme de 40 ans, primipare. Laparatomie justifiée par les troubles respiratoires dus au volume excessif du ventre. Extirpation de la tumeur; le 5e jour après l'opération, avortement suivi de mort.

3e *cas*. Femme de 41 ans, primipare, au 4e mois de la grossesse. Le rapide accroissement de la tumeur s'accompagne de douleurs telles qu'elles privaient la malade de sommeil. Laparotomie, énucléation de la tumeur; avortement le soir même; guérison.

4e *cas*. Femme de 43 ans, primipare. Laparotomie au 4e mois de la grossesse, parce que l'avortement paraissait menaçant. Extirpation du fibromyome; guérison; accouchement à terme d'un enfant vivant.

Toutes ces opérations, à l'exception de la 3e faite par Langenbuch, ont été pratiquées par H. Martin (*R. S. M.*, XVII, 616; XX, 624; XXVI, 616 et XXVIII, 561). J. B.

II. — Femme, âgée de 34 ans, a éprouvé, la première fois il y a 4 ans, des troubles utérins dus à une rétroversion. En mars 1884, nouveaux accidents qui cessèrent après que l'utérus eût été redressé; à ce moment on trouva un myome sous-péritonéal sur le fond de l'utérus. L'ergot de seigle fut prescrit pendant un an sans résultat.

En mai 1886, 13 mois après avoir cessé de prendre de l'ergot, signes de grossesse; en août, on introduisit dans l'utérus une sonde qui pénétra à 4 pouces : aussitôt les signes de grossesse (nausées, développement des seins) disparurent. Mais le fibrome s'accroissant considérablement, on en tente l'extirpation.

Incision de 6 pouces. La tumeur libre d'adhérences est facilement mobilisée; nulle part on ne trouve de démarcation pour l'utérus; on pratique l'amputation sus-vaginale sans hémorragie notable. Mort 11 jours et 19 heures après l'opération.

Pus dans le petit bassin et péritonite généralisée. Mort par septicémie. La tumeur était un fibrome multiloculaire développé dans la paroi antérieure de l'utérus et pesant 10 livres; la cavité intérieure contenait un fœtus de 3 mois dans des membranes intactes, sûrement vivant au moment de l'opération. Le canal était long de 5 pouces et demi, recourbé en U renversé.

L'auteur donne avec l'indication bibliographique le résumé succin t de 15 opérations semblables. MAUBRAC.

I. — Nouvelle étude sur la périnéorraphie dans les cas de rupture complète, par Judes HUE (*Bull. de la Soc. de Chirurgie, t. XII, p.* 705-726).

II. — Ueber Perineoplastik, par KÜSTNER (*Berlin. klin. Woch., n°* 34, *p.* 571, 23 *août* 1886).

III. — Même sujet, par KORN (*Ibid.*).

IV. — Ueber Operation der Recto-vaginal-Fisteln, par SCHAUTH (*Berlin. klin. Woch., n°* 34, *p.* 571, 23 *août* 1886).

V. — Ueber Scheidenrisse (Traitement des déchirures du vagin pénétrant dans la cavité abdominale), par BATTLEHNER (*Ibid., n°* 34, *p.* 571, 23 *août* 1886).

I. — Relativement à l'époque de l'intervention le mieux est d'opérer

le plus tôt possible; on profite ainsi de l'avivement naturel et parfait de la plaie, on supprime une cause d'infection et l'antisepsie permet de ne pas craindre l'écoulement lochéal. Enfin les craintes de gangrène des parties réunies ne sont généralement pas fondées. Hue n'est pas partisan de l'intervention au bout de quelques jours, quand la plaie est bourgeonnante, par crainte du refroidissement et de la fatigue; mieux vaut, quand on n'a pu intervenir de suite, attendre la fin de la période puerpérale à condition d'opérer avant que la malade ne quitte son lit, la marche augmentant les déformations. L'allaitement n'est pas une contre-indication à l'opération.

L'opération telle que Hue la décrit, avec son avivement en surface et ses 6 points de suture, a été employée 7 fois par ce chirurgien sans aucun insuccès même relatif; 2 opérées ont accouché depuis sans que le périnée ait cédé. Il engage vivement les chirurgiens à l'essayer une fois sans modification.

Quand la cloison recto-vaginale est déchirée jusqu'à son tiers supérieur, il faut opérer en deux temps et restaurer préalablement la cloison pour ne pas déterminer, en serrant les fils postérieurs, un abaissement fâcheux de l'utérus. On peut faire ensuite la périnéorraphie normale.

Les 6 fils destinés à assurer la réunion se divisent en deux groupes : 3 postérieurs, qui cheminent dans tout leur trajet dans la profondeur des tissus et 3 antérieurs, qui ne sont interstitiels que sous l'avivement et passent à découvert dans le vagin, sortant et rentrant à la limite exacte de l'avivement et de la muqueuse vaginale.

Comme soins consécutifs, cathétérisme suivi de lavages vaginaux à l'eau bouillie 3 fois par jour. En même temps qu'on vide la vessie, il est bon d'introduire et de laisser quelque temps une grosse sonde dans le rectum pour évacuer les gaz.

Dans l'opération immédiate, 5 fils suffisent à assurer la réunion, et le fil périnéal postérieur le plus profond n'est pas nécessaire.

Hue rapporte à la suite de ce travail, 4 nouvelles observations de rupture périnéale complète opérée par ce procédé. MAURICE HACHE

II. — Kuestner affirme la nécessité de la périnéoplastie, même pour les déchirures qui n'intéressent pas le rectum, et cela à la fois pour empêcher la production d'un prolapsus et pour prévenir les rétroflexions ou au moins pour les prévenir toutes avec les pessaires.

Comme méthode opératoire, il préfère celle de Freund qui rétablit le mieux les parties dans leurs conditions naturelles. Comme matériel de suture, il recommande le fil d'argent ou la corde à boyau de ver à soie, le catgut ne tenant pas assez longtemps.

III. — Korn donne les résultats de 35 périnéoplasties pratiquées à la Maternité de Dresde, pour des ruptures complètes du périnée; 4 fois seulement une opération secondaire a été nécessaire. Il est partisan de l'avivement fait d'après les préceptes de Simon et de Hegar, le plus haut possible dans le vagin. Il fait une suture continue au catgut, l'un des fils dans le rectum et l'autre passant à travers le vagin et le périnée. J. B.

IV. — Au lieu de l'opération habituelle de la fistule recto-vaginale, qui consiste à inciser la cloison recto-vaginale et à faire la périnéoplastie, Schauth pense qu'il y a lieu de préférer dans certains cas (par exemple

quand le siège de la fistule est très élevé et le vagin lâche) la suture directe. Selon lui, les insuccès presque constants qu'elle a donnés jusqu'ici tiennent à ce que les surfaces mises en contact étaient trop peu considérables. Aussi propose-t-il de joindre à l'avivement de la fistule, une colporrhaphie postérieure. En procédant ainsi il a eu des résultats immédiats. J. B.

V. — Battlehner relate l'observation d'une multipare dont l'accouchement bien que spontané entraîna une rupture de la moitié droite du col et une déchirure du vagin pénétrant dans la cavité abdominale et descendant jusqu'à 1 pouce au-dessus du méat urinaire. Au lieu de pratiquer la laparotomie, voici ce qu'il fit. Il lava la cavité abdominale, sutura le vagin au col et réunit la déchirure de ce dernier. La malade a guéri avec une fistule vésico-vaginale. J. B.

OBSTÉTRIQUE.

The blue discoloration of the vaginal entrance as a diagnostic sign of pregnancy (De la pigmentation de l'orifice vaginal comme signe diagnostique de la grossesse), par [James-R. CHADWICK (*Americ. gyn. Soc.; Boston med. and sur. journ.*, 14 *octobre* 1886).

L'auteur a étudié ce signe dans 440 cas de grossesse au début. Il les divise en quatre catégories. Dans la première, il range les cas douteux, où la pigmentation était à peine marquée; dans la seconde les cas où elle était plus prononcée; dans la troisième où elle était caractéristique quoique faible. La pigmentation était limitée à la paroi antérieure du vagin, surtout au pourtour de l'urètre, immédiatement au-dessous et de chaque côté du méat urinaire. Dans tous ces cas, excepté un, la femme était enceinte. Dans la quatrième catégorie, il range les cas où la pigmentation très prononcée présentait tous les caractères observés dans la grossesse avancée.

La pigmentation de l'orifice vaginal n'existe pas toujours. Elle varie du violet au noir. C'est un signe de probabilité très utile au point de vue diagnostique surtout dans les cas de rétroversion, de grossesse extra-utérine, de grossesse compliquée, de tumeurs fibreuses, d'obésité. En somme c'est un signe qui, au début de la grossesse, a une grande valeur ; mais son absence ne permet pas de nier la grossesse.

D'après W. H. Parrish, la pigmentation disparaît à mesure que le vagin revient à son état normal après l'accouchement. Elle persiste plus longtemps lorsque le vagin n'involue pas. J.-B. H.

Die Gefassverbindungen der Placenta-Kreislaefeeinieger Zwillinge... (Les anastomoses des vaisseaux placentaires dans les grossesses gémellaires où les jumeaux appartiennent au même œuf), par Frédéric SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXXII, Heft* 1).

Dans ce second travail (Voy. R. S. M., XXVI, p. 5.), Schatz s'occupe

aujourd'hui du mode de formation des anastomoses qui réunissent les circulations placentaires de deux jumeaux appartenant au même œuf.

Dans le cas de grossesse gémellaire contenue dans un seul œuf, le réseau primitif des vaisseaux de chorion est formé par les deux allantoïdes. La cicatrice qui résulte de la soudure des deux allantoïdes est linéaire et présente habituellement la forme d'un grand cercle autour de l'œuf.

Les réseaux vasculaires (superficiels et profonds) des chorions des deux jumeaux sont unis par de nombreuses anastomoses à travers la cicatrice allantoïdienne ; il se forme entre les réseaux profonds de chaque jumeau, à peu près à égale distance des insertions des cordons, une zone de stagnation sanguine à laquelle l'auteur donne le nom de circulation équatoriale. Cette zone est ondulée et traversée par des cercles de transfusion artéro-veineux. Il peut y avoir à l'origine inégalité de force entre les deux cœurs de jumeaux sans que le plus faible soit par cela même condamné : les anastomoses des deux réseaux vasculaires des chorions permettant la compensation. Plus tard, lorsque la circulation commune des chorions s'est oblitérée jusqu'à l'insertion de l'œuf, les circulations placentaires et la circulation équatoriale ne se trouvent pas sensiblement modifiées dans leurs rapports, si l'implantation des cordons est symétrique par rapport à la surface d'insertion de l'œuf ; les modifications sont d'autant moins grandes que les insertions des cordons sont plus éloignées l'une de l'autre. Mais si les cordons ne s'insèrent pas symétriquement et que, par suite, le partage de l'insertion de l'œuf ne soit pas égal, la moitié du placenta qui est inférieure à l'autre peut atteindre la même dimension soit par le plus grand développement de ses villosités (placenta gémellaire marginé d'un seul côté), soit par l'absorption à son profit de villosités communes ou de villosités appartenant à l'autre jumeau.

Les anastomoses artérielles et veineuses que l'on retrouve encore sur les placentas arrivés à l'état définitif ne sont que les restes des nombreuses anastomoses des deux circulations. Habituellement il ne reste qu'une anastomose artérielle, quelquefois aussi une veineuse, rarement deux de chaque, encore plus rarement une veineuse seule. La grandeur et le nombre sont déterminés par le besoin d'équilibre. Cet équilibre est si complet, que la troisième circulation à ce moment est symétrique. Plus tard il se produit souvent une nouvelle symétrie persistante, si les deux moitiés placentaires ou si les courants de transfusion prennent un développement inégal. H. DE BRINON.

Some observations on puerperal temperatures. Communication de E. S. (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVI*).

Pendant le second semestre de 1882, la température a été prise régulièrement chez toutes les accouchées de la maternité de l'Hôpital général. Le thermomètre était placé dans la bouche toutes les quatre heures. Les observations sont au nombre de 125, comprenant 60 primipares, 65 multipares. Le maximum de température a été, dans le plus grand nombre des cas, atteint le troisième jour (32,8 0/0) ; le quatrième jour vient en seconde ligne et, en troisième ligne, le second jour. 25 fois le

maximum de température s'est produit pendant la seconde semaine de couches, et, parmi ces 25 cas, 11 fois l'élévation de température était manifestement et uniquement due à une cause nerveuse, à une émotion quelconque. Cette assertion est critiquée par plusieurs membres. — Playfair admet la possibilité d'une élévation de température d'origine nerveuse, et se demande s'il n'existe pas un signe permettant de distinguer cette élévation de pronostic bénin d'une fièvre septique ; l'absence de frisson présenterait, à ce point de vue, une haute valeur. Dans les observations rapportées par l'auteur, l'élévation de température a été de 3 à 4° F., de 98° ou 99° à 103°, 104° et 105° F. H. DE BRINON.

Knaben-überschuss nach Conception zur Zeit der post-menstruellen Anæmie (De la prépondérance du sexe masculin dans les naissances lorsque la conception a lieu pendant les premiers jours de la période intermenstruelle), par Camillo FÜRST (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 1).

Il résulte d'une statistique recueillie par l'auteur dans le service de C. von Braun, pendant les années 1879 et 1880, que pour les conceptions ayant eu lieu pendant les 4 premiers jours qui suivent la fin de la menstruation, on compte 25 garçons pour 7 filles ; et dans le reste de la période intermenstruelle, 44 garçons pour 57 filles. Cette statisque comprend 133 cas dans lesquels ont pu être précisés le dernier jour de la menstruation et la date probable de la conception. L'auteur admet que le sexe est indéterminé au moment de la conception, et que différentes circonstances peuvent le modifier pendant la première période de l'existence embryonnaire ; parmi ces circonstances, une des plus importantes serait l'état de la muqueuse utérine : l'anémie dans laquelle elle se trouve après la menstruation donnant lieu à une prépondérance du chiffre des garçons, de même que l'état de nutrition défectueuse des parents prédispose aux naissances du sexe masculin. H. DE BRINON.

Untersuchungen bezuglich der Temperaturverhältnisse (Recherches relatives à la température des enfants avant terme et aux indications de la chaleur artificielle), par Julius ERÖSS (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

Eröss a fait ses recherches à la clinique de Buda Pesth, dans le service de Kezmarsky. Il a relevé lui-même les températures de cinquante nouveau-nés avant terme, pendant les huit premiers jours de leur vie, trois fois par jour. La date de la naissance des enfants était comprise entre la 31e et la 33e semaine de la grossesse, et leur poids, immédiatement après l'accouchement, allait de 1,300 à 2,700 grammes, soit une moyenne de 2,322 grammes. Les tracés obtenus peuvent se diviser en trois groupes.

Le premier, qui comprend dix-neuf cas, montre la température de l'enfant s'élevant immédiatement après l'accouchement du niveau assez bas qui suit l'accouchement (34°,6 à 35°,5), au niveau normal des enfants bien développés et s'y maintenant pendant les huit jours sauf une légère chute du 3e au 5e jour, chute qui ne dure que quelques heures et qui s'observe aussi chez les enfants bien développés. Cette catégorie ne comprend que des enfants indemnes de maladie, et elle prouve qu'un certain nombre de nouveau-nés avant terme peuvent, avec quelques précautions d'enveloppement, produire d'eux-mêmes une température nor-

male. Dans ces cas, il est absolument inutile de placer les enfants dans une atmosphère surchauffée.

Le deuxième groupe (18 cas) comprend toutes les températures fébriles résultant d'une affection quelconque : dyspepsie, diarrhée, infection septique. Ici encore, moins que dans le premier groupe, il n'y aurait utilité à employer la chaleur artificielle.

Dans le troisième groupe, la température reste constamment au-dessous de la normale, ou si elle l'atteint parfois, ce n'est que passagèrement sous l'influence d'une circonstance contradictoire. Ce groupe ne comprend que 13 cas ; il n'y aurait donc qu'un quart environ des nouveau-nés avant terme chez qui l'application de la chaleur artificielle serait indiquée.

Si, mettant de côté le groupe des malades, on compare le premier et le troisième groupe, on constate que la moyenne du poids immédiatement après l'accouchement est de 2,400 grammes dans le premier groupe de 2,158 grammes dans le second ; et qu'il y a, dans la plupart des cas, une différence de quinze jours au point de vue de la durée de la grossesse entre les enfants de ces deux groupes. Mais ni le poids, ni la date de l'accouchement ne suffisent pour établir la nécessité de la couveuse; car le premier groupe contient notamment un enfant de 1,900 grammes, dans la 33e semaine, qui a présenté pendant les huit premiers jours de sa vie une courbe thermique absolument normale, et ce cas n'est pas isolé; d'autre part, dans le troisième groupe, se trouvent six enfants d'un poids variant entre 2,300 et 2,500 grammes, et qui, malgré leur naissance à une date aussi avancée que ceux du premier groupe, ont fourni un tracé au-dessous de la normale et auraient par conséquent dû être soumis à une chaleur artificielle. L'état de la nutrition fournirait une indication précieuse; les enfants dont la nutrition est normale se maintiennent constamment à une température normale; mais il est difficile de peser les enfants plusieurs fois par jour, le seul moyen pratique est l'examen journalier de la température à l'aide du thermomètre.

Il est à remarquer que, dans le premier groupe, aucun enfant n'est mort, tandis que dans le troisième il y a eu trois décès dans le cours des huit premiers jours.

Une des courbes, recueillies par l'auteur, montre combien est insuffisant le système d'enveloppement par la ouate pour remplacer la couveuse. L'enfant qui pesait 2,200 grammes après l'accouchement et 2,150 grammes au 8e jour, était enveloppé dans une triple couche de ouate et couché dans le lit de la mère, et néanmoins la température qui était à 34° après l'accouchement, après avoir atteint 36°,2 le 2e et le 3e jour, s'est maintenue autour de 35° du 4e au 8e jour et était retombée à 34° le 8e jour.

La limite inférieure de la température compatible avec l'existence, qui, chez l'adulte, ne dépasse pas 34° d'après Wunderlich, descend beaucoup plus bas chez les nouveau-nés avant terme ; l'auteur a vu l'existence se prolonger pendant des heures avec une température inférieure à 32°.

H. DE BRINON.

Ueber die Complication von Tumoren mit Gravidität (Grossesse compliquée de tumeurs), par C.-H. STRATZ (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XII, Heft 2*).

1° Sur 19 cas de grossesses compliquées de tumeurs ovariennes, obser-

vées à la clinique de Berlin, 5 fois la complication s'est présentée pendant l'accouchement : on a perdu une mère et 3 enfants; 14 fois les malades se sont présentées pendant leur grossesse; l'ovariotomie a été pratiquée : toutes les mères ont été sauvées et 13 enfants sur 15 (dont deux avortements, une grossesse gémellaire).

Les résultats de l'ovariotomie sont supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes, expectation, ponction, accouchement prématuré, artificiel. Le fait de l'apparition d'une grossesse chez une femme atteinte de tumeur ovarienne suffit pour indiquer l'ovariotomie : il faut la pratiquer le plus tôt possible ; mais les chances de succès existent jusqu'à la fin de la grossesse, ainsi que le montre l'observation de Pippingsköld (Ovariotomie au début de l'accouchement).

2° La complication de la grossesse par des myomes a été notée 12 fois pendant la grossesse, 13 fois pendant l'accouchement; les cas dans lesquels la tumeur ne troublait en rien l'accouchement n'ont pas été notés.

Des 12 premiers cas (grossesse compliquée de myome), 1 cas s'est dérobé à l'observation; 4 fois il y a eu avortement spontané; 3 fois on a provoqué artificiellement l'avortement; 2 fois l'utérus a été enlevé avec la tumeur; 2 fois la tumeur a été enlevée, 1 fois par laparotomie, 1 fois par le vagin : ces deux seuls cas ont donné des enfants vivants à terme.

Parmi les mères, il n'y a pas eu de mort; 4 ont été radicalement guéries.

Sur les 13 cas d'accouchements compliqués de fibromes, 7 mères sont mortes; 2 ont eu des suites de couches très mauvaises; 4 ont eu des suites de couches à peu près normales.

Des 13 enfants, 8 ont été sauvés; 4 sont morts pendant l'accouchement par tympanisme utérin.

La mortalité pour les mères est de 53,8 0/0, chiffre presque identique à ceux de Gusserow (53,9 sur une série de 228 cas, et 53 0/0 sur une autre série de 147 cas).

La comparaison des résultats obtenus par l'opération pendant la grossesse, et par l'expectation, conduit à cette conclusion que l'expectation, jusqu'au moment de l'accouchement, aggrave le pronostic pour la mère, et augmente les chances de vie de l'enfant. Si l'on admet que la vie de la mère est plus précieuse, l'intervention pendant la grossesse s'impose d'une manière générale; mais certains cas présentent une difficulté opératoire telle qu'il est impossible de se prononcer. Des deux modes d'intervention qui s'offrent au médecin, la myomotomie pendant la grossesse est encore trop récente pour offrir des bases de jugement : l'avortement artificiel est dans beaucoup de cas le seul moyen rationnel.

3° 12 cas de carcinomes ont été enregistrés : 5 se sont présentés pendant la grossesse, 7 pendant l'accouchement.

Dans les cinq premiers cas, aucune mère n'est morte : l'opération du carcinome n'a permis dans aucun cas d'obtenir un enfant à terme. Dans les sept derniers cas, 4 mères sont mortes immédiatement après l'accouchement et 2 pendant les suites de couches, 4 enfants sont arrivés vivants, 2 ont pu être définitivement sauvés. Ces chiffres concordent à peu près avec ceux de Chantreuil et Cohnstein. La proportion des cas de carcinome, pendant la grossesse et l'accouchement, paraît toutefois moindre qu'on ne l'a écrit. Sur 1,034 cas de carcinomes, la conception n'a été obser-

vée que 12 fois, soit 1,16 0/0. Sur 17,832 accouchements qui ont eu lieu dans cette période de dix ans à la clinique, 7 seulement étaient compliqués de carcinomes, soit 0,039 0/0.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur est d'avis que l'on doit opérer pendant la grossesse, toutes les fois que l'opération est possible, même au risque d'un avortement. H. DE BRINON.

Persistance de l'hymen chez les femmes enceintes et en travail, comme cause de dystocie, par CHARPENTIER (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., janvier* 1886).

L'hymen peut avoir la forme d'un diaphragme percé d'un orifice assez petit pour n'avoir pas empêché la fécondation, et cependant constituer une barrière suffisante pour retarder pendant quelque temps l'accouchement. D'autres fois, l'obstacle qu'il détermine ne vient pas de ce qu'il forme un diaphragme, mais parce qu'il est divisé par une bride, habituellement oblique, plus ou moins épaisse. Il faut reconnaître que l'obstacle qui est ainsi formé par l'hymen est assez peu important. Cette membrane ou cette bride se déchirent le plus souvent spontanément. Dans d'autres circonstances, il est nécessaire de les sectionner. Lorsqu'on se trouve en présence d'une bride, il faut même faire la section entre deux ligatures pour éviter l'hémorragie, qui est en général d'ailleurs assez peu abondante, mais qu'on pourrait cependant avoir à craindre. Charpentier publie, à l'appui de ces notions, trois observations inédites et donne des renseignements bibliographiques très étendus. PORAK.

Des rétrécissements cicatriciels du vagin, par GUENIOT (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., mars* 1886).

D'observations intéressantes, l'auteur tire différentes conclusions. On peut inciser le rétrécissement cicatriciel du vagin en dirigeant les incisions sous le contrôle de la vue et à l'aide d'écarteurs vaginaux. Ce moyen n'est cependant pas le plus sûr. Il est bien préférable de se laisser guider par les notions qui sont fournies par le toucher vaginal. Ce n'est pas tout de lever l'obstacle par des incisions libératrices ; il faut maintenir la perméabilité du canal à l'aide de dilatateurs métalliques, en particulier à l'aide du spéculum bivalve.

On ne devra jamais provoquer l'accouchement ou l'avortement. Au moment de l'accouchement, l'incision des brides cicatricielles pourra permettre l'expulsion du fœtus. Quelques observations justifient cette manière de voir. PORAK.

Die Prognose der Geburt bei engem Becken (Le pronostic de l'accouchement en cas de rétrécissement du bassin), par Ernst KÜMMER (*Zeitschrift für Geburstshülfe und Gynækologie, Band XII, Heft* 2).

Ce travail est dressé d'après les registres de la maternité cantonale de Berne. Pendant la période du 15 octobre 1874 à fin 1884, 715 rétrécissements ont été enregistrés : ont été considérés comme étroits tous les bassins dont le diamètre conjugué vrai était de 10 centimètres ou au-dessous, et les bassins ostéomalaciques qui, par leur forme spéciale, ne rentrent pas dans cette définition. Il résulte de cette statistique que le premier accouchement est toujours moins grave, en cas de rétrécisse-

ment, que les accouchements consécutifs ; les principales causes de cette aggravation de pronostic sont la plus grande fréquence de présentations anormales et la procidence des parties fœtales. Au point de vue de la mortalité le premier accouchement est plus dangereux aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Pour la mère, la moindre fréquence de présentations anormales et des opérations en cas de primiparité est largement compensée par la longue durée de l'accouchement. C'est le deuxième accouchement qui présente le pronostic le plus favorable.

H. DE BRINON.

Ueber die Extraction des narhfolgenden Kopfes (De l'extraction de la tête dernière), par G. WINTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XII, Heft* 2).

Le nombre des accouchements par le siège, soit naturels, soit résultant de la version, s'est élevé, à la clinique de Berlin pendant les années 1883 et 1884, au chiffre de 443 ; un quart environ ont eu lieu sous la direction de l'auteur. Le procédé de Veit-Smellie est adopté à l'exclusion de tout autre pour l'extraction de la tête dernière dans le service de Schrœder. Ce procédé consiste à appliquer le médius d'une main sur la base de la langue, le deuxième et le troisième doigt de l'autre sur l'occiput ; la première main ne fait que maintenir le menton sur la poitrine, tandis que l'autre exerce la traction. L'expression est en même temps pratiquée par un assistant, surtout dans les cas difficiles.

Les résultats obtenus par ce procédé à Berlin ont été :

1° Dans les présentations pelviennes spontanées (208 cas avec 34 rétrécissements); mortalité des enfants, 7,25 0/0.

Dans les mêmes conditions la mortalité des enfants est à Vienne de 4,8 0/0 (Veit-Smellie), à Marbourg 10 0/0 (forceps), à Cologne 3,7 0/0 (forceps) et à Munich, 13 0/0. La mortalité élevée de Munich s'explique par ce fait qu'Hecker a compris dans sa statistique tous les enfants morts des suites de la présentation pelvienne tandis que les autres statistiques ne comptent que les enfants morts par le fait de l'extraction. Dans les trois autres c'est la statistique de Cologne qui est la plus brillante, surtout en comparaison de celle de Berlin ; la supériorité qui semble en résulter en faveur du forceps n'est pas admise par l'auteur, parce que les accouchements de Cologne sont tous pratiqués par des mains expérimentées tandis que ceux de la policlinique de Berlin sont le plus souvent pratiqués par des étudiants.

La supériorité du procédé de Veit-Smellie paraît surtout dans les cas de présentation pelvienne résultant de la version, avec ou sans rétrécissement du bassin.

2° Extraction après la version avec bassin normal. La mortalité des enfants est à Munich de 29 0/0 ; à Cologne de 50 0/0 ; à Marbourg de 20 0/0 ; à Berlin de 7,6 0/0.

3° Extraction après la version avec rétrécissement du bassin. La mortalité des enfants est à Munich de 50 0/0; à Cologne de 63 0/0; à Marbourg de 25 0/0; à Berlin de 13,8 0/0.

L'auteur conclut que le procédé de Veit-Smellie est le meilleur et peut dans presque tous les cas remplacer le forceps. Le procédé de Prague est avec raison tombé en désuétude.

H. DE BRINON.

Bemerkungen ueber die Extraction des Kopfes nach geborenem Rumpfe (**Remarques à propos de l'extraction de la tête dernière**), **par C.-E. Th. LITZMANN** (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 1, 1886).

La question de l'extraction de la tête dernière a fait l'objet de plusieurs publications récentes (Credé, *R. S. M.*, XXVII, p. 226, et Lomer, *R. S. M.*, XXVII, p. 589). Dans les débuts de sa pratique, l'auteur était opposé à l'emploi du forceps, que préconise Credé pour certains cas. Des faits récents ont modifié sa manière de voir et l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Dans le plus grand nombre des cas, et pourvu toutefois que le bassin permette le passage de la tête non amoindrie, la manœuvre de Mauriceau-Levret est pleinement suffisante et permet de mettre de côté le forceps. Lorsque la tête, placée dans une position favorable (menton en avant, face regardant l'une ou l'autre échancrure sciatique), résiste aux manœuvres exercées sur elle soit parce que la voûte cranienne est retenue à la partie supérieure du bassin, soit que la résistance siège au détroit inférieur comme dans les cas de bassin uniformément rétréci, la traction sur le maxillaire inférieur reste sans effet, et il ne reste d'autre point d'appui que les épaules. Dans ces cas, une application de forceps peut avoir lieu facilement et donner un résultat beaucoup plus prompt. Dans les cas rares où le menton est complètement détaché de la poitrine, et où la partie postérieure du crâne s'enfonce en avant dans le bassin, tout effort pour sauver l'enfant est inutile. H. DE BRINON.

De la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes, par Émile BLANC (*Lyon méd.*, 16 *janvier* 1887).

1° Dans les occipito-postérieures persistantes, toute la difficulté réside dans les mouvements de rotation.

2° La main peut toujours remplacer le forceps dans les cas ordinaires où, la rotation faisant défaut, il s'agit de l'exécuter artificiellement;

3° Lorsqu'on échoue par ce procédé, il est indiqué d'essayer la même manœuvre avec le forceps, avec ménagements; mais elle ne réussit guère là où la main a échoué;

4° Si la difficulté est grande, on peut utiliser la manœuvre de John Parry;

5° La traction sur un seul bras est bien supérieure à une application ordinaire du forceps, et pour fléchir la tête et pour exécuter sa rotation.

6° Le conseil de terminer l'accouchement par l'application du forceps avec une seule main a pour but, tout en simplifiant la manœuvre, de maintenir la réduction qui vient d'être opérée. A. C.

Die Diastase der Bauchmuskeln im Wochenbett (**Le diastasis des muscles de la paroi abdominale chez les accouchées**), **par L. PROCHOWNICK** (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

Dans un voyage que l'auteur a fait en Angleterre, il a été frappé de voir combien le nombre des femmes ayant un développement exagéré du ventre était petit relativement à celui qu'on observe en Allemagne. Cette différence serait due aux soins hygiéniques qu'on prend en Angleterre pendant les suites de couches, pour éviter cette infirmité. Deux fois l'auteur a vu se produire chez des accouchées des accidents assez

graves dont le point de départ était la hernie d'anses intestinales pénétrant à travers une déchirure des muscles droits de l'abdomen. Ces accidents ont, il est vrai, cédé facilement à l'emploi de la chaleur et de l'opium et la hernie a été facilement réduite. Ce ne sont pas d'ailleurs les seuls dangers résultant de la diastase des muscles de l'abdomen. Le prolapsus des organes génitaux et de nombreux malaises liés au défaut de soutien des organes abdominaux en sont la conséquence habituelle.

Le siège anatomique de la diastase des parois abdominales ne réside pas exclusivement dans les muscles droits, mais aussi dans les fibres transversales des obliques. En même temps qu'il se produit des déchirures dans la trame fibreuse de la ligne blanche, les muscles subissent un mouvement d'atrophie, qui porte plutôt sur les obliques que sur les droits.

Comme traitement prophylactique, l'auteur préconise la généralisation du bandage abdominal, et son application à toutes les accouchées. L'emploi des courants continus rend aussi de grands services pour réveiller la tonicité musculaire. H. DE BRINON.

Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode (Physiologie et traitement de la période de la délivrance), par Ernst COHN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XII, Heft* 2, 1886).

Le premier temps de la délivrance (détachement du placenta) s'accomplit spontanément par les seules forces de la nature : il n'y a ni à presser, ni à masser l'utérus. Sur 804 accouchements dont Cohn a recueilli l'observation à la polyclinique l'intervention manuelle n'a été nécessaire que 4 fois (adhérences partielles ou totales résultant d'endométrite).

La manière dont se présente le placenta est indépendante du traitement employé. Sur 500 accouchements, l'auteur a vu le placenta se présenter 368 fois, d'après le mode décrit par Schultze, 132 fois (35 0/0) d'après le mode de Duncan. Quant à la perte de sang qu'entraîne la délivrance normale, l'auteur a noté, sur 101 accouchements consécutifs, une perte moyenne de 170 grammes ; elle est tombée une fois à 20 grammes (mode de Duncan).

Si le détachement du placenta est le résultat des forces naturelles, il n'en est pas de même de son expulsion. Sur 804 accouchements, l'auteur n'a vu que 101 fois le placenta expulsé spontanément. La seule force qui entre en jeu pour cette expulsion est la pression abdominale, à laquelle viennent se joindre, pour une très faible part, les contractions péristaltiques du vagin et le poids du placenta. Ces forces sont insuffisantes, même chez les primipares jeunes et vigoureuses où la pression abdominale atteint son maximum. La conclusion pratique de ces observations physiologiques est qu'il faut intervenir pour enlever le placenta, dès qu'il est détaché et parvenu dans le segment inférieur. Une seconde conclusion qui en découle est que ni la méthode de Credé, ni la méthode de Dublin ne sont acceptables au point de vue physiologique.

Pour provoquer l'expulsion du placenta, lorsqu'il est arrivé dans le segment inférieur, Schrœder exerce une pression avec la main dans la région du cercle de contraction et chasse ainsi facilement le placenta. L'auteur préfère appuyer avec la main (avec le bout des doigts) sur le fond de l'utérus en le pressant dans la direction de l'entrée du vagin. Le

corps de l'utérus contracté agit alors comme le piston d'une seringue qui chasse devant lui tout ce qui se rencontre. Si le placenta ne se présente pas immédiatement, l'auteur permet alors d'exercer une légère traction sur le cordon.

Sur les 804 accouchements déjà cités, 48 fois les membranes n'arrivèrent pas intactes ; 2 fois elles manquaient entièrement. Ces 50 cas se partagent ainsi au point de la méthode : 23 Credé, 7 Schrœder, 14 par pression simple sur le fond, 6 spontanés.

L'influence de la méthode préconisée par l'auteur se montre surtout au point de vue des hémorragies. Ainsi, sur les 479 accouchements du semestre d'hiver où la méthode employée a été notée dans tous les cas, il n'y a eu que 23 hémorragies, dont 14 ont été arrêtées par une à deux injections d'ergotine, 3 seulement ont eu le caractère d'hémorragies atoniques et ont nécessité des injections chaudes ; les 6 autres provenaient du vagin ou du col. Or les méthodes employées ont été :

Délivrance spontanée	26
Spontanée avec contraction volontaire des parois	37
Par le procédé de Schrœder	92
Par le procédé de Credé	35
Par pression sur le fond	282
Par simple traction sur le cordon	7

H. DE BRINON.

Klinische Beobachtungen über die Nachgeburtszeit (**Observations cliniques sur la délivrance**), **par A. RŒMER** (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 2).

Il résulte des observations recueillies à la maternité de Stuttgard pendant les années 1884 et 1885 et portant sur un ensemble de 720 accouchements que plus la rupture de la poche est tardive, plus le décollement du chorion et de l'amnios est fréquent et étendu, et plus la délivrance est courte. Comme la méthode de Credé pour la délivrance est actuellement appliquée à tous les accouchements, l'auteur a dû remonter à l'année 1883, pour observer l'influence de la rupture de la poche sur la délivrance traitée par expectation. Une série de 100 accouchements qui ont eu lieu en 1883, et dans lesquels il n'y a eu aucune intervention pendant la délivrance, lui ont donné des résultats identiques à ceux provenant des années 1884 et 1885.

L'intégrité des membranes et en particulier du chorion est d'autant plus rare que la rupture de la poche des eaux a été plus tardive. D'autre part, le plus ou moins de durée de la poche des eaux ne paraît avoir aucune influence ni sur les hémorragies de la délivrance, ni sur l'apparition de la fièvre pendant les suites de couches.

Passant à l'examen comparatif des deux modes de traitement de la délivrance, l'auteur montre que, dans la première série (1883, 100 accouchements traités par la méthode expectante), la délivrance a eu lieu en moyenne en soixante-huit minutes et la perte de sang a été en moyenne de 478gr,50. Dans la seconde série (1884-85, 720 accouchements traités par la méthode de Credé), la durée moyenne de la délivrance a été de vingt minutes et la quantité de sang de 247gr,8. Au point de vue de

l'intégrité des membranes, la différence n'est pas sensible entre les deux méthodes.

L'auteur passe en revue les opinions contradictoires émises en Allemagne sur la méthode de Credé et termine par cette conclusion que dans les cas réguliers on peut attendre, et qu'il n'y a lieu d'employer l'expression que lorsque l'hémorragie est très abondante.

Une dernière partie de ce mémoire est consacrée à la question du placenta marginé. Sur 428 accouchements (de janvier à novembre 1885), l'auteur en a observé 72 cas, soit 16,8 0/0. Le placenta marginé a été beaucoup plus fréquent chez les primipares (45,27). La dimension des placentas marginés ne diffère pas en général de celle des placentas ordinaires. La délivrance est un peu plus longue. La rétention des membranes et du chorion en particulier est beaucoup plus fréquente Les hémorragies sont aussi plus fréquentes.

Le placenta prœvia n'a été observé qu'une seule fois pendant cette même période : il n'était pas marginé. H. DE BRINON.

Zur Lehre von den puerperalen Spätblutungen (Des hémorragies puerpérales tardives), par M. GRÆFE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XII, Heft* 2).

L'auteur comprend sous ce nom d'hémorragies puerpérales tardives toute hémorragie qui survient à partir du septième jour des couches. Ces hémorragies sont, dans la plupart des cas, peu abondantes; mais elles présentent un grand intérêt clinique parce qu'elles sont en général le seul indice d'une involution défectueuse de l'utérus. Souvent elles sont le prélude d'hémorragies profuses, qui mettront en danger la vie de la femme. La cause des hémorragies profuses est presque toujours un polype placentaire ou fibrineux ; et, dans la première moitié de la période puerpérale, c'est le détachement partiel ou total de ce polype qui est le point de départ de l'hémorragie. Plus tard, la présence d'un corps adhérent à la paroi utérine peut provoquer des hémorragies par suite de la régénération très rapide et du gonflement exagéré de la muqueuse, qu'il provoque. Des hémorragies modérées peuvent, dans la première moitié de la période puerpérale, se transformer en hémorragies profuses, si l'écoulement du sang épanché dans l'utérus rencontre un obstacle. La dilatation par le sang de la cavité utérine a pour effet de déchirer les orifices vasculaires de la surface placentaire, de détacher les thromboses déjà formées, et d'augmenter ainsi l'hémorragie.

L'obstacle à l'écoulement peut être une inclinaison du corps sur le col (anse ou rétroflexion), ou la présence d'un polype à l'orifice interne.

Au point de vue prophylactique, le seigle ergoté et l'allaitement jouent le principal rôle. Au point de vue thérapeutique, les injections intra-utérines antiseptiques, la curette, l'évacuation des caillots avec la main, ont toujours suffi à l'auteur. H. DE BRINON.

De la suppression de la douleur dans les accouchements par des applications locales de chlorhydrate de cocaïne, par S. JEANNE (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn., avril* 1886).

La cocaïne doit être donné en solution aqueuse à 5 0/0 pour calmer

les douleurs de l'accouchement. Elle est impuissante contre la douleur de la contraction utérine et celle qui résulte de la compression des troncs nerveux du bassin. Elle atténuerait et même suspendrait la douleur résultant de la distension, du tiraillement des nerfs des portions sus-vaginale et intravaginale du col du vagin, la douleur de l'expulsion à la vulve. Ce travail est donc conformatif des conclusions auxquelles était déjà arrivé Doléris. PORAK.

Zur Ætiologie der puerperalen Mastitis (Contribution à l'étude de l'étiologie de la mammite puerpérale), par E. BUMM (*Archiv für Gynækologie*, *XXVII*, *Heft* 2).

L'auteur expose le résultat d'une série de recherches qu'il a entreprises à la clinique de Wurzbourg sur les rapports étiologiques de certains microbes avec la mammite puerpérale. Sur neuf cas d'abcès de la mamelle (y compris le cas publié, *R. S. M.*, XXVI, p. 49), il a trouvé 6 fois dans le pus le staphylococcus pyogenes aureus (mêlé ou non avec la variété albus) et 3 fois le streptococcus pyogenes. De ce petit nombre d'observations, confirmées d'abord par celles d'Ogston, de Passet et de Rosenbach, il semblerait résulter que le staphylococcus se lie plutot aux abcès profonds qui débutent dans le parenchyme de la glande ; tandis que le streptococcus paraît se rattacher aux abcès consécutifs aux fissures, dans lesquels l'inflammation se propage de l'extérieur à l'intérieur de la glande.

L'auteur a constaté que le produit de sécrétion des fissures du mamelon contient constamment, à côté de variétés non pathogènes, les deux formes de staphylococcus pyogenes aureus et albus.

Si l'infection n'a pas lieu dans tous les cas d'érosions, cela tiendrait à ce que ce microbe n'est pas doué d'une grande force invasive, ainsi que le montrent les inoculations faites par l'auteur sur des lapins. Quant au streptococcus, l'auteur ne l'a trouvé que deux fois dans la sérosité des fissures et, dans les deux cas, il s'est produit un abcès de la mamelle.

Il semble donc démontré que dans un certain nombre de cas les abcès de la mamelle ont pour point de départ la pénétration de certains microbes par la voie des érosions. L'infection peut-elle aussi se produire par les canaux galactophores? En vue de résoudre cette question, l'auteur a examiné au microscope et à l'aide des procédés de culture le lait d'un certain nombre de femmes. Après désinfection soigneuse du mamelon, le lait était recueilli à l'aide de tubes capillaires, ou par expression de la glande. L'auteur a constaté que, toutes les fois qu'il y avait des érosions empêchant l'évacuation complète et régulière de l'organe, le lait contenait des bactéries (19 cas, observés pendant 8 à 10 jours). La variété de bactérie observée dans le lait se retrouve constamment dans la sécrétion des érosions.

Les premières gouttes de lait contiennent habituellement plus de microbes que les dernières. La présence et la quantité des microbes varie beaucoup : le lait du matin donnant par exemple de nombreuses colonies, tandis que le lait du soir est stérile. Huit fois on a trouvé le staphylococcus cereus albus (Passet) ; trois fois le streptococcus pyogenes albus ; deux fois le staphylococcus pyogenes aureus seul ; deux fois le même associé

au cereus albus. Quatre fois, malgré la présence de nombreuses érosions, le lait ne renfermait pas de microbes.

Chez neuf femmes n'allaitant pas et dont le lait a été examiné pendant les huit premiers jours des couches, les résultats n'ont concordé ni avec l'état de sensibilité et de gonflement de la glande ni avec la température.

De ces examens, l'auteur se croit autorisé à conclure à la possibilité d'une infection par les canaux excréteurs. Dans ce cas, ce serait en acidifiant le lait et le coagulant que le microbe parvenu dans les acini déterminerait l'inflammation. Ces phénomènes d'acidification et de coagulation du lait ont été établis expérimentalement pour le staphylococcus albus. H. DE BRINON.

Antipyrine in puerperal fever, par MUNDÉ (*New York med. journ.*, 9 *octobre* 1886)

L'auteur recommande l'antipyrine dans les accidents puerpéraux. Il a traité par ce médicament 28 parturientes dont 19 atteintes de septicémie, et 9 de péritonite puerpérale ; il a obtenu 25 succès. Des trois malades qui ont succombé, une était déjà moribonde au commencement de la cure, une mourut seulement cinq semaines après la délivrance.

L'auteur donne habituellement d'abord une dose de 0gr,50, puis 0gr,25 toutes les 30 minutes jusqu'à ce que la température s'abaisse à 101° F. Le résultat est généralement obtenu en deux heures. Du reste le pouls est surveillé avec soin, et, dès qu'on note une tendance au collapsus et à la syncope, on supprime l'antipyrine. A 102° F. on reprend l'antipyrine. On peut donner des doses un peu supérieures dans les cas très graves, mais il faut éviter de suivre l'exemple des médecins qui prescrivent 1 gramme ou 1gr,50 par heure 3 ou 4 fois de suite. Les doses massives exposent à des accidents. En général, l'auteur ne dépasse pas 3 grammes en 24 heures. En même temps il fait faire des applications d'eau glacée. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 671.) L. GALLIARD.

Fall von Hernia inguinalis Cornu dextri Uteri gravidi (Hernie inguinale de la corne droite de l'utérus, compliquée de grossesse), par Heinrich EISENHART (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 3).

L'observation a été recueillie par l'auteur dans le service de Winckel, à Munich. Elle vient grossir la liste très peu nombreuse des hystérocèles compliquées de grossesse. 6 cas ont été publiés : Pol (1531), Sennert (1610), Saxtorph (1820), Ledesma (1840), Rektorzik (1860), Scanzoni (1869).

Il s'agit d'une femme de 36 ans, entrée à la clinique de Munich le 23 mai 1884. Elle a eu 8 grossesses, les 7 dernières à terme; elle porte depuis quinze ans une double hernie inguinale contenue par un bandage. Il y a environ huit à neuf semaines que la hernie droite a commencé à grossir. Des tentatives énergiques de réduction ont été faites en vain en dehors de la clinique. On les renouvelle à la clinique en s'aidant de l'anesthésie, toujours avec le même insuccès. On cherche à provoquer l'avortement par les voies naturelles : cette dernière ressource ayant échoué, la laparotomie est pratiquée le 28 mai. La tumeur, mise à découvert, présente à sa droite le ligament large droit, l'ovaire droit et la trompe, et le ligament rond droit. La tumeur principale est formée par la corne droite d'un utérus bicorne distendu par un

fœtus de quatre mois et demi et renfermé dans le sac d'une hernie inguinale. Elle pèse 670 grammes, et le fœtus, replié sur lui-même dans la tumeur, mesure 26 centimètres de longueur. Ablation de toutes les parties contenues dans la hernie : convalescence normale ; la température axillaire ne dépasse pas 37°,5.

La grossesse paraît donc s'être développée dans la corne droite d'un utérus bicorne, et vers le troisième mois, sous une influence accidentelle, la corne gravide a pénétré brusquement dans le sac herniaire préexistant. L'absence d'adhérence de l'ovaire avec le sac herniaire, ou de la corne utérine avec les anses intestinales renfermées dans le sac, prouvent que l'utérus n'a été entraîné ni par l'ovaire, ni par l'intestin, mais que sa forme anormale a servi seulement de cause prédisposante.

H. DE BRINON.

Sull' uso della piscidia erythrina nella terapeutica ostetrica (**De la piscidia erythrina en thérapeutique obstétricale**), par **LESSONA** (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino. p.* 57, 1886).

L'auteur a employé la teinture d'écorce de racines de piscidia à la dose de 5 à 10 grammes, chez 68 accouchées souffrant la plupart de crampes utérines. Il a obtenu un effet utile dans 71 0/0 des cas ; les douleurs se calmaient rapidement, et presque toujours (surtout avec la dose de 10 grammes) les malades obtenaient du sommeil. Parmi les cas où la piscidia s'est montrée efficace, plusieurs avaient paru réfractaires au laudanum. En revanche, chez 29 0/0 des malades, le résultat a été nul. Rarement on a noté des symptômes pénibles, tels que nausées, etc. à la suite de l'ingestion du médicament. H. B.

Das Adenom der Placenta, par **Hermann KLOTZ** (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 1).

Voici les conclusions de ce mémoire, basé sur trois observations. Il existe un adénome véritable du placenta, dont le point de départ est dans la couche spongieuse du placenta ou dans les cavités glandulaires de la caduque sérotine.

Cette tumeur est le résultat : 1° d'une dégénérescence particulière des cellules de la caduque qui se fondent en une masse homogène protoplasmique pourvue de noyaux, et rappelant le tissu connectif embryonnaire, et 2° de la transformation des épithéliums primitifs des glandes en une couche de cellules auxquelles l'auteur propose de donner le nom de cellules-mères (Züchtzellen). Ce sont des cellules qui ressemblent aux longues cellules plates de la caduque, mais elles sont deux ou trois fois plus longues ; leurs noyaux sont plus petits ; ils sont au nombre de deux à quatre et se colorent comme le reste de la cellule.

Le développement de la tumeur amène la formation de villosités à formes très variables, constituées par du tissu connectif et qui, en s'enchevêtrant, deviennent les nodosités de l'adénome.

L'adénome est susceptible de récidive après son ablation : il semble qu'une cautérisation énergique peut empêcher la récidive ; l'auteur a eu une récidive sur trois cas : dans les deux derniers cas où il avait fait une application d'acide nitrique, il n'y a pas eu de récidive.

L'adénome du placenta a pour conséquence la mort et l'expulsion du

fœtus. Il provoque une rétention du placenta qui dure des semaines et des mois : on peut se demander si l'expulsion spontanée est possible.

Les trois malades de l'auteur sont actuellement bien portantes : depuis quatre ans, il n'y a eu chez elles ni récidive, ni apparition de cancer utérin ; pas de nouvelles grossesses. (*R. S. M.*, XIX, p. 186 ; XXI, p. 197 et XXII, p. 594.) H. DE BRINON.

I. — Zur Kaiserschnittfrage (Contribution à l'étude de l'opération césarienne), par F.-A. KEHRER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

II. — Drei weitere Fälle von Kaiserschnitt nach Sängers-Methode (Trois nouvelles opérations césariennes d'après la méthode de Sänger), par H. OBERMANN (*Ibidem, XXVII,* 2).

III.— Zwei weitere Fälle von Kaiserschnitt nach Sängers-Methode, par CREDÉ (*Ibidem, XXVIII,* 1).

IV.— Acht weitere Kaiserschnitt, par LEOPOLD (*Ibidem, XXVIII,* 1).

V. — Casuistiche und kritische Beiträge zur Kaiserschnittfrage, par FREUDENBERG (*Ibidem, XXVIII,* 2).

VI.— Kaiserschnitt mit Uterusnaht, par Félix SKUTSCH (*Ibidem, XXVIII,* 2).

VII.— Noch ein Kaiserschnitt nach alter Methode, par WINCKEL (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 24, 1886).

VIII.— Beiträge zur Kaiserschnitt, par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie, XXVIII,* 3).

IX.— Ein Kaiserschnitt nach Porro Wegen narbiger Verengerung der Scheide (Rétrécissement du vagin par tissu cicatriciel, opération de Porro), par WEISS (*Ibidem, XXVIII,* 1).

X.— Beiträge zur Porro Operation, par Ludwig KLEINWAECHTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, XII,* 2).

XI.— Sulla operazione di Porro, par TRUZZI (*Annali universali, janvier-février,* 1885).

XII.— A proposed modification of Porro's Operation, par John BARTLETT (*Journ. of americ. med. Assoc.,* 2 *octobre* 1886).

I. — Kehrer publie le résultat de deux nouvelles opérations qu'il a pratiquées suivant sa méthode : incision utérine à direction transversale au niveau de l'orifice interne et double suture (*R. S. M.*, XXI, 214). Dans le premier cas, il s'agissait d'un bassin plat uniformément rétréci (7 cent.). L'opération pratiquée en pleine fièvre (38°,67) et plus de vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux eut pour résultat la conservation de l'enfant, et la mort de la mère le cinquième jour de septicémie.

Dans le second cas, il s'agissait d'un bassin ostéomalacique. L'opération, pratiquée pendant la période de dilatation, aboutit à sauver la mère et l'enfant.

Depuis l'introduction de l'antisepsie, l'opération césarienne a été pratiquée 16 fois et a donné 6 morts, soit 37,5 0/0. L'opération de Porro, d'après les relevés de Clément Godson, a été pratiquée 138 fois avec une mortalité de 55,8 0/0. La mortalité de l'opération césarienne n'étant pas notablement plus élevée que celles des autres laparotomies, l'auteur con-

clut que l'opération césarienne est indiquée dans tous les cas de rétrécissement compris entre 5,5 et 7,5; la perforation devrait être réservée au cas où l'enfant est mort ou lorsqu'il y a décomposition des sécrétions génitales, utérus douloureux, gonflement des parties génitales par le fait de compression ou par le fait d'infection, fièvre, collapsus. Toutefois, l'opération de Porro pourrait encore être tentée dans les cas où le contenu utéro-vaginal est infecté, où il y a fièvre et métrite, dans les cas de fibromes multiples de la partie supérieure de l'utérus, ou d'atrésie vaginale excessive.

II. — Les trois nouvelles observations recueillies par Obermann et pratiquées par Sänger sont trois succès (mères et enfants) qui viennent confirmer l'excellence de la méthode de Sänger. Elles portent à 13 le nombre des opérations pratiquées suivant cette méthode ; ces 13 opérations ont donné 9 succès.

III. — Les deux nouvelles opérations césariennes pratiquées à la clinique de Leipzig constituent deux nouveaux succès à l'actif de la méthode de Sänger. Les opérations ont été faites sous la direction de Credé, l'une par Sänger, l'autre par Donat. Mères et enfants ont été sauvés dans les deux cas.

La méthode de Sänger, plus ou moins modifiée, compte aujourd'hui 26 opérations; résultat pour les mères : 19 guérisons, 7 morts; enfants : 23 vivants, 3 morts.

L'un des enfants morts a été retiré à l'état de macération. Les 7 cas de mort, chez les mères, proviennent : 6 d'infection septique contractée 3 fois avant l'opération, 2 fois pendant et 2 par suite d'autres affections. Les 3 opérations pratiquées aux États-Unis ont donné 3 morts, probablement pour avoir été tentées trop tard. Les 23 autres opérations ont été pratiquées en Allemagne. Aucun cas de mort ne peut être imputé directement à l'opération. Dans ces 23 cas, deux statistiques sont particulièrement heureuses : celle de Leopold, 1 seule mort sur 10 cas; celle de la maternité de Leipzig 6 guérisons sur 6 cas.

IV. — Dans le cours de l'année dernière et de la présente année, Leopold a eu l'occasion de pratiquer 8 fois l'opération césarienne : 5 fois par la méthode de Sänger; les 5 enfants ont été sauvés et chez la mère la convalescence n'a présenté aucune différence avec une suite de couches parfaitement normale. Les 3 autres opérations césariennes ont été faites d'après la méthode de Porro, et ont donné 3 convalescences normales, et 3 enfants vivants : 2 de ces enfants sont morts, un le lendemain et l'autre au bout de quatre semaines.

Les indications pour l'opération de Porro étaient dans un cas l'existence d'un rétrécissement extrême du bassin et l'inflammation de l'utérus par suite de la longue durée de l'accouchement; dans les deux autres cas, un cancer du col.

V. — Freudenberg publie le résultat des opérations césariennes pratiquées à la maternité de Cologne de 1870 à 1884 inclus. Cette statistique comprend 21 cas pour une période de 15 ans : toutes les opérations, à l'exception d'une seule, ont été pratiquées par Birnbaum. 5 mères seulement ont été sauvées : soit une mortalité de 76,20 0/0. 4 opérations ont été pratiquées avant l'introduction de l'antisepsie : elles ont donné 1 mère vivante, 3 mortes; 17 ont été pratiquées avec les précautions antisep-

tiques et ont donné 13 morts et 4 guérisons. Les causes de mort sont la péritonite (9 cas) ; le choc (2 cas) ; le collapsus, la septicémie aiguë, l'anémie, l'embolie, la pneumonie, chacune 1 cas. L'opération a été dans tous les cas imposée par un rétrécissement du bassin : ostéomalacie (6), rachitisme (14), rétrécissement général (1). 6 cas mériteraient d'être retranchés de la statistique, l'état de la femme au moment de l'opération ne permettant pas d'espérer un succès : 3 cas de faiblesse extrême ; 3 cas d'infection antérieure à l'opération. En déduisant ces cas, la mortalité reste de 54, 55 0/0, dépassant de beaucoup la mortalité obtenue par la méthode de Sänger. Sur les 21 enfants (12 garçons et 9 filles), 19 ont quitté l'hôpital vivants. 7 fois le placenta s'est trouvé compris dans l'incision. L'incision utérine était, dans tous les cas, parallèle à l'incision abdominale : les sutures étaient toujours faites avec du catgut. Il y aurait là pour l'auteur une cause d'insuccès.

VI. — Relation d'une opération césarienne, par Schultze. Mère et enfant sauvés : convalescence absolument apyrétique. L'opérée a présenté le 2e jour un météorisme très prononcé sans que le ventre fût sensible et sans fièvre. La ponction de l'intestin pratiquée sur cinq points différents de l'épigastre a amené un soulagement immédiat et l'accident ne s'est pas reproduit.

VII. — Il s'agit d'une opération pratiquée en pleine campagne, dans de très mauvaises conditions hygiéniques ; mais ce qui caractérise surtout cette opération, c'est l'absence intentionnelle de suture utérine. Pansement au diachylon. Guérison sans fièvre, sans accident. L'opérée était âgée de 27 ans. Winckel en est à sa 16e opération césarienne.

VIII. — 3 opérations césariennes ont été pratiquées à la Clinique gynécologique de Bonn, de 1881 à 1885 inclus. — 15 mars 1882, opération césarienne à l'agonie, d'après la méthode de Porro avec abandon du moignon. L'enfant (1,070 gr. et 35 cent.) vécut 16 heures. — 25 juin 1885, opération césarienne avec suture sympéritonéale pour l'utérus. Mort immédiatement après l'opération, enfant sauvé. — 21 décembre 1885, opération césarienne avec suture sympéritonéale ; mère et enfant sauvés.

Après avoir rendu compte de ces 3 opérations, dont la première et la dernière ont été pratiquées par l'auteur, la seconde par Veit, l'auteur étudie la question de la résistance de la cicatrice provenant de l'opération césarienne dans les grossesses consécutives. D'une manière générale, il admet que, dans les cas où l'on ne pratique pas la suture utérine, la rupture en cas de grossesse consécutive a lieu dans la moitié des cas ; mais aucune statistique n'a été établie à ce point de vue. Aucun cas de rupture ne paraît jusqu'ici s'être produit à la suite des opérations césariennes où la suture utérine avait été faite.

L'auteur a réuni 27 observations dans lesquelles la cicatrice a été dans les grossesses consécutives le point de départ d'accidents pathologiques. Ces cas se divisent ainsi :

13 cas dans lesquels la rupture de la cicatrice s'est produite dans une grossesse consécutive et a donné lieu à l'issue de tout ou partie du fœtus hors de l'utérus. Deux fois la déchirure s'est reproduite aux deux grossesses consécutives à l'opération césarienne. Dans la plupart des cas, la rupture s'est produite pendant l'accouchement (9 fois sur 13 cas) ; 6 fois sur 15 l'accident a entraîné la mort ;

5 cas de déchirure peu étendue de la cicatrice, sans issue du fœtus hors de l'utérus (4 morts);

3 cas de rupture de l'utérus en dehors de la cicatrice ; dont 2 sur la face postérieure.

1 cas de rupture dans le voisinage de la cicatrice (observation inédite recueillie à la Clinique de Bonn);

3 cas dans lesquels le siège de la rupture n'a pas été précisé.

2 cas de grossesse extra-utérine consécutifs à une opération césarienne.

IX. — Femme de 26 ans à sa 4e grossesse. Bassin plat. Diam. conj. diag. = 11 centimètres. Le vagin est rétréci par des cicatrices qui remontent comme origine au 2e accouchement ; le rétrécissement est tel qu'il serait impossible d'introduire un perforateur sans lésion grave. La grossesse est à terme et l'enfant vivant. L'opération de Porro est pratiquée ; guérison en 4 semaines sans accidents.

X. — Relation de deux opérations de Porro pratiquées par Kleinwächter dans la province de Bukowine (Autriche). Dans les deux cas, il s'agissait de femmes atteintes d'ostéomalacie.

1er *cas*. 34 ans, 4e grossesse : l'opération est pratiquée 26 heures après le début des douleurs, la poche des eaux intacte.

Mère et enfant vivants. L'enfant meurt 15 jours après de catarrhe intestinal. L'opération paraît avoir exercé une influence très heureuse sur la marche de l'ostéomalacie chez la mère.

2e *cas*. 28 ans. 5e grossesse au 8e mois. Conditions très défavorables pour la mère : l'écoulement des eaux a eu lieu 70 heures avant l'opération; l'enfant est mort et en état de décomposition et la parturiente est très affaiblie; néanmoins la guérison a lieu.

Dans les deux cas, l'auteur avait fixé le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale dans : le 1er cas, à l'aide de la pince de Spencer Wells; dans le 2e, à l'aide de suture. Malgré les précautions le pédicule a disparu dans l'abdomen, ce que l'auteur considère comme une circonstance heureuse. H. DE BRINON.

XI. — On a tort de rattacher à l'opération de Porro certaines amputations utéro-ovariennes césariennes faites chez des femmes agonisantes d'une maladie incurable ; ou dans des cas de rupture complète avec passage total ou partiel du fœtus dans la cavité abdominale ; ou encore dans les cas de grossesse encore peu avancée, quand l'opération est entreprise pour obéir à des indications gynécologiques plutôt qu'à des nécessités obstétricales ; ou enfin dans les cas où l'on enfonce le pédicule en changeant ainsi la méthode de Porro et la conception qui l'a guidé. Porro admet, en effet, la nécessité de rendre externes toutes les lésions, de façon à éviter les hémorragies, et à pouvoir surveiller la réparation du pédicule utérin. Il est possible que l'abandon du pédicule devienne préférable dans l'avenir, mais les résultats de cette innovation ne doivent pas être confondus avec ceux de l'opération de Porro.

Si l'on soumet à la critique la statistique des opérations dites de Porro, on peut voir qu'une bonne moitié des insuccès ne peuvent être imputés à la méthode proposée par Porro. Jusqu'en octobre 1884, la mortalité apparente peut être évaluée à 53,133 0/0, et seulement à 36,36 0/0, si l'on tient compte des conditions défectueuses dans lesquelles l'opération a été parfois exécutée. F. BALZER.

XII. — L'opération proposée (jamais pratiquée) est la suivante :

Procéder comme pour l'opération césarienne, inciser l'utérus au thermocautère : puis, au lieu d'attirer l'utérus hors de l'abdomen, le refouler

vers le vagin, et, à l'aide de pressions sur le fond, produire une inversion complète. Par le vagin, appliquer un clamp, puis réséquer l'utérus à distance convenable de l'insertion vaginale.

Les avantages seraient : fermeture parfaite de l'incision abdominale et adossement des lambeaux utérins par leur surface séreuse : facilité du drainage.

MAUBRAC.

I. — Beitrage zur Lehre von der extrauterin Schwangerschaft... (Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines et en particulier à la question de détermination du point où a lieu la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes), par Theodor WYDER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 3).

II. — A case of extrauterine gestation arrested by electricity, par James AVELING (*Brit. med. journ., p.* 1091, *décembre* 1886).

III. — Extrauterine gestation treated by galvano-puncture, par Richard PETCH (*Brit. med. journ., p.* 1092, *décembre* 1886).

IV. — A case of extrauterine pregnancy, par William-T. LUSK (*American journ. of obstetrics, mars* 1886).

V. — Zwei Fälle von extrauterin Schwangerschaft (Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison), par CZEMPIN (*Deutsche med. Woch., n°* 27, *p.* 466, 1886).

VI. — A case of extra-uterine pregnancy, etc. (Grossesse extra-utérine datant de 7 ans. Laparotomie. Mort), par John HOMANS (*Boston med. journ., p.* 457, 20 *mai* 1886).

VII.— Report of a case of pregnancy in the left horn... (Grossesse dans la portion gauche d'un utérus bicorne; hystérectomie, guérison), par Angus MACDONALD (*Edinb. med. journ., p.* 873, *avril* 1885).

I. — Si l'on s'en tient, comme Wyder le veut, aux observations anatomiques et cliniques recueillies dans l'espèce humaine, l'hypothèse la plus vraisemblable est que la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes a lieu habituellement dans l'utérus. Il paraît certain aussi que dans quelque cas exceptionnels la rencontre peut avoir lieu dans les trompes sans qu'il y ait grossesse extra-utérine.

Les forces qui contribuent à porter l'un vers l'autre l'ovule et les spermatozoïdes sont, comme on le sait, pour l'ovule, la contraction péristaltique des trompes, qui probablement agit seule pendant la menstruation et le mouvement des cils vibratiles dirigé de l'orifice abdominal à l'orifice utérin ; pour les spermatozoïdes, le mouvement propre, dont ils sont animés, les contractions antipéristaltiques, et le mouvement des cils vibratiles dirigé de l'orifice interne vers le fond de l'utérus.

Suivant l'auteur, on a trop négligé jusqu'ici l'influence du mouvement vibratile, qui n'existe que pendant la période de la vie sexuelle de la femme. La direction de ce mouvement a pour effet dans les trompes non seulement de faire progresser l'ovule vers l'utérus, mais aussi de retarder la migration des spermatozoïdes vers la cavité abdominale : dans l'utérus, il tend en même temps à diriger les spermatozoïdes vers le fond et à retarder l'issue de l'ovule hors de l'utérus.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude des grossesses

extra-utérines dont l'auteur a recueilli 5 observations, 3 à la Charité à Berlin, 2 à Dresde.

L'étiologie basée sur l'anatomie pathologique de ces cinq cas montre comme cause prépondérante la périmétrite (constatée dans 4 cas), en seconde ligne l'altération de la muqueuse tubaire (absence de cils vibratils constaté dans un cas) et la présence dans un autre cas de polypes obtruant la lumière de la trompe.

Dans ce dernier cas, la muqueuse tubaire avait conservé son épithélium vibratile, lequel n'avait pu empêcher la pénétration des spermatozoïdes. Deux fois l'implantation de l'œuf s'était faite sur la trompe opposée à l'ovaire qui avait fourni l'ovule dans un cas, la migration de l'ovule n'avait pu avoir lieu que par la surface extérieure de l'utérus ; dans l'autre, la migration avait eu lieu par la cavité interne de l'utérus. Deux autres cas de migration interne incontestable ont été publiés, l'un par Schultze, l'autre par Hassfurther.

Sur les cinq cas, un cas seulement s'est terminé sans rupture du sac par une sorte de guérison naturelle, dans les deux premiers mois ; décollement de l'œuf, mort du fœtus et dissolution dans le liquide amniotique. Les quatre autres cas se sont terminés par la rupture du sac.

Au point de vue du traitement, si les symptômes de rupture du sac n'ont pas paru au moment où le diagnostic est établi, il faut pratiquer la laparotomie et enlever le sac. Si les premiers symptômes de rupture se sont produits et qu'il n'y ait pas encore d'hémorragie intra-abdominale, c'est encore à la laparotomie qu'il faudra recourir comme dernier espoir. Si l'hématocèle est formée, il faut la traiter comme toute autre hématocèle.

H. DE BRINON.

II. — Femme de 30 ans, mariée en 1881. Retard des règles en mars 1886, gonflement des seins, signes rationnels de grossesse. A trois reprises différentes, elle éprouve de vives douleurs dans le ventre, avec sensation de collapsus. Après une crise plus forte que les autres, au mois d'avril, on constate dans le cul-de-sac rétro-utérin un gonflement douloureux, de la grosseur d'une noix, et l'on diagnostique une grossesse tubaire. Ce diagnostic est rendu de plus en plus probable par la marche des accidents, l'accroissement de la tumeur, et l'expulsion par l'utérus de fragments de caduque. Sur le conseil de Spencer Wells, avant de tenter la laparotomie, on essaye l'électrisation. Avec un appareil de Gaiffe, à courants interrompus, on applique le pôle négatif dans le cul-de-sac vaginal, au niveau du gonflement et le pôle positif sur la paroi abdominale pendant une dizaine de minutes. La faradisation est renouvelée ainsi pendant trois jours de suite. Le quatrième, de grands changements se sont produits. La tuméfaction rétrovaginale est moindre, les battements disparaissent, et la douleur s'éteint. Les seins commencent à fournir du lait, et les règles ne tardent pas à paraître. A partir de cette époque, tous les accidents cessent, et la tumeur diminue graduellement. La malade est complètement guérie vers le milieu de juillet.

L'idée de tuer le fœtus par une décharge électrique est due à Voillemier, mais c'est en Italie que Bachetti pratiqua la première opération de ce genre. Depuis, Braxton Hicks, Allen et Gaillard Thomas, en Amérique, ont préconisé ce moyen, qui est toujours inoffensif et offre une absolue certitude. Il faut toujours l'employer avant de recourir à l'opération sanglante.

H. R.

III. — Il s'agit d'une femme de 27 ans, devenue enceinte pendant l'allaitement, et souffrant de vives douleurs abdominales. Le diagnostic porté avait

été hématocèle rétrovaginale, et l'on avait retiré plusieurs onces de sang au moyen d'une ponction aspiratrice. L'examen du ventre montrait entre l'ombilic, et l'arcade de Fallope à droite une tumeur ovalaire, dure, immobile, douloureuse à la pression. On ne constatait pas de battements du cœur ni de mouvements fœtaux, mais du souffle profond qui ressemblait à du souffle utérin. Un mois plus tard, les bruits du cœur s'entendaient clairement, c'était bien évidemment une grossesse extra-utérine.

Traitement. — Le 20 août, deux aiguilles sont implantées dans la tumeur et mises en communication avec une batterie de Leclanché de 30 éléments. Le courant passe pendant une heure, sans douleur de la part de la mère; en apparence, les bruits du cœur persistent sans modification, mais dès le lendemain ils s'affaiblissent et cessent de se faire entendre au bout de trois jours. Le bruit placentaire s'éteint à son tour au bout d'une semaine. La malade se sent plus forte; ses seins gonflent et secrètent du lait pendant quelques jours. Le 20 septembre, elle peut marcher et est guérie. Trois ans après, l'auteur l'a revue, toute trace de tumeur abdominale avait disparu, sauf un petit noyau induré occupant la place de l'ovaire droit.

Dans la discussion qui suivit cette communication, plusieurs faits du même genre furent signalés par Bright et Gill Wylie. Mais d'autres médecins montrèrent que, si l'électricité tuait nécessairement le fœtus, elle n'empêchait pas pour cela inévitablement la laparotomie ultérieure. Lawson Tait, au contraire, insiste pour la laparotomie, se fondant sur ce que le diagnostic de la grossesse tubaire est impossible avant le quatrième mois, et que cet état ne se révèle qu'au moment de la rupture de la trompe. Les chirurgiens américains Kelly et Hanks soutiennent que ce diagnostic est possible, et en donnent des exemples. H. R.

IV. — Femme de 32 ans, à sa quatrième grossesse, se présente à l'hôpital du Mont-Sinaï pour une métrorragie profuse. On constate une tumeur liquide de l'abdomen. Une première ponction exploratrice donne du sang pur; une seconde donne un liquide clair (liquide amniotique). Traitement par le courant faradique; au bout de trois jours, des phénomènes fébriles graves font interrompre l'électricité: un mois après, une ouverture se fait spontanément dans la paroi postérieure du vagin; et l'on en retire un fœtus de sept pouces 1/8 de longueur en état de décomposition. Convalescence longue et difficile; guérison. H. DE BRINON.

V. — 1° Femme de 50 ans chez qui l'on a reconnu, il y a 12 ans, une grossesse extra-utérine. Elle s'est refusée à cette époque à l'opération. Elle se plaint de douleurs vives et réclame l'intervention chirurgicale.

Incision sur la ligne blanche. On trouve le fœtus libre dans la cavité abdominale en avant du rein droit sans membranes. Il adhère à l'épiploon et à l'intestin grêle. On l'extirpe sans difficulté. Ensuite on dissèque la masse qui devrait représenter le placenta, qui se trouve à droite de l'utérus et qui adhère intimement au bassin. Elle contient l'ovaire kystique, peu tuméfié et la trompe épaissie et allongée. Le placenta n'existe plus. Il a dû être résorbé.

L'opération dure 40 minutes. L'opérée guérit en 21 jours.

Le fœtus est atrophié; il ne pèse que 250 grammes. Il s'agit là d'une grossesse d'abord tubaire, puis abdominale. La rupture de la trompe s'est probablement effectuée au troisième mois; la malade se souvient en effet d'avoir eu à ce moment des douleurs abdominales atroces, une hémorragie externe et des syncopes. Le fœtus paraît avoir atteint le neuvième mois.

2° Femme de 33 ans, mère de deux enfants, se plaignant de douleurs abdominales très vives, se présente le 5 janveir 1884. Elle revient le 25 février, croyant avoir fait une fausse couche. Cependant l'utérus paraît volumineux. On ne tarde pas à reconnaître qu'au lieu d'une tuméfaction de l'organe, il s'agit là d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse tubaire gauche.

Laparotomie le 11 mars. On extirpe une masse longue de 10 centimètres, large de 5, constituée par la trompe hypertrophiée. La trompe présente une ouverture qui a permis l'issue d'un fœtus long de 5 centimètres. On calcule que la rupture s'est produite au troisième mois, trois semaines avant l'opération. Guérison de l'opérée en 19 jours. L. GALLIARD.

VI. — Femme de 35 ans. Devient enceinte en juillet 1879. En août, hémorragie utérine et pelvi-péritonite : durant l'hiver suivant, on diagnostique une grossesse utérine.

Le 10 février 1886, douleurs abdominales et hémorragie utérine ; on trouve une masse dure dans l'hypocondre et la région iliaque à gauche. Le 12 février, vomissements, le ventre est plus volumineux et tympanique ; accumulation de matières fécales dans le rectum qu'on ne peut que difficilement débarrasser. Le 25, croyant à l'existence d'une tumeur kystique et probablement de l'ovaire, on fait une ponction qui amène du pus : une seconde ponction par le vagin donne un liquide huileux et filant. Lorsque Mason vit la malade, 4 mars, il porta le diagnostic de kyste ovarien, avec péritonite et œdème du poumon.

Le 8 mars, incision de cinq pouces : on trouve un kyste contenant cinq livres de liquide, adhérent par péritonite aux intestins et à un autre kyste. Ce dernier kyste, sac d'une grossesse abdominale, contenait tous les os d'un fœtus adulte (8e ou 9e mois) macéré : on mit un tube à drainage dans le sac fœtal dont la paroi fut suturée à l'incision abdominale. Quatre heures après l'opération, malgré une transfusion de 30 onces de sang, la malade succombait au choc. Pas d'autopsie. MAUBRAC.

VII. — Femme de 23 ans. Une grossesse antérieure suivie d'un accouchement à terme en 1882. En février 1883, elle revoit ses règles, qui depuis n'ont plus reparu, et se croit enceinte de nouveau. Le 1er janvier 1884, elle ressent de vives douleurs pendant trois jours consécutifs, et perd des caillots de sang comme si elle avait fait une fausse couche. Après un repos de trois semaines au lit, elle reprend sa santé habituelle et la régularité de ses époques menstruelles ; mais elle garde une volumineuse tumeur abdominale. A la palpation, cette tumeur occupe la fosse iliaque droite, au-dessus du ligament de Poupart ; elle est solide, mobile, de 7 à 8 pouces de longueur. Le col utérin paraît normal, ferme, et non dilaté ; une sonde n'y pénètre que de deux pouces. Mais le déplacement de la tumeur se fait sentir au niveau du col. L'auteur en conclut qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse développée, soit dans la paroi antérieure de l'utérus, soit dans le ligament large et il pratique la laparotomie. La tumeur parut pédiculée ; l'ovaire gauche était plié au-devant de la tumeur, l'ovaire droit, au contraire, plongeait dans la cavité pelvienne. Après avoir fixé le pédicule au moyen du clamp, on le sectionna avec des ciseaux ; un liquide brun jaunâtre, sirupeux, s'en échappa. Bientôt un bras et des côtes se firent jour ; il devint évident qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Les rapports du ligament large avec la tumeur firent voir que l'utérus était bicorne, et que c'était dans la corne gauche de l'organe qu'avait eu lieu la gestation. La malade guérit parfaitement. H. R.

DERMATOLOGIE.

Traité théorique et pratique de la lèpre, par LELOIR (*In-4o, avec atlas de 22 planches. Paris*, 1886).

Cet ouvrage considérable a été rédigé sur des documents résultant, les uns des anciennes recherches de l'auteur à l'hôpital Saint-Louis, les autres, des voyages qu'il a faits en Norvège et en Italie, où de nombreux et importants matériaux ont pu être recueillis. Dans la première partie, sont étudiées la symptomatologie et l'évolution de la lèpre. L'auteur la définit une maladie parasitaire chonique, caractérisée par des néoplasies bacillaires, se développant surtout dans la peau et les muqueuses, les nerfs, les ganglions lymphatiques et certains viscères. Il donne à ces néoplasies le nom de lépromes. Elles se localisent surtout dans la peau et les muqueuses, où elles forment des tubercules et des nodosités, ou bien encore dans les nerfs, et elles entraînent alors des troubles en rapport avec ce siège : on a ainsi la lèpre tégumentaire et la lèpre anesthésique ou lèpre nerveuse. Ces deux localisations peuvent se trouver réunies dans les cas mixtes.

Il y a une période prodromique ou d'invasion dans laquelle on observe plusieurs symptômes peu caractéristiques en eux-mêmes, mais qui offrent pourtant une certaine valeur, lorsqu'on l'observe dans un pays où la lèpre est endémique. C'est la faiblesse, l'abattement, quelquefois la fièvre, la sécheresse de la muqueuse nasale avec épistaxis, les maux de tête et les vertiges, des troubles de la sudation, de l'hyperesthésie cutanée, des douleurs vagues, de la rachialgie, de l'anémie, des troubles menstruels, etc.. La signification de ces phénomènes prodromiques est difficile à comprendre, d'autant plus qu'ils persistent souvent très longtemps avant l'apparition des signes caractéristiques de la période d'état. Celle-ci offre surtout à considérer d'abord les accidents cutanés. La lèpre tégumentaire, tuberculeuse ou noueuse est presque toujours précédée de *taches hyperémiques* ou *érythèmes lépreux*, qui s'accusent de plus en plus. On observe aussi à ce moment des taches ou macules pigmentaires qui appartiennent surtout à la variété dite anesthésique ou nerveuse.

A mesure que l'infiltration lépreuse s'avance, les taches se transforment en tubercules ; les tubercules ou lépromes restent localisés dans le derme, ou bien envahissent l'hypoderme. Il peut même arriver que le lépromе se développe d'emblée dans l'hypoderme sous la forme nodulaire ou sous la forme diffuse. L'hyperesthésie et l'anesthésie surtout se constatent ordinairement au niveau de ces tubercules, qui évoluent habituellement d'une manière très lente, mais qui peuvent aussi apparaître par poussées aiguës successives. Cette marche de l'éruption tuberculo-lépreuse est d'ailleurs en rapport avec l'évolution générale de la maladie qui est habituellement très lente, mais qui peut exceptionnellement avoir une marche aiguë, fébrile, avec terminaison fatale rapide.

Dans d'autres cas, la lèpre tuberculeuse se transforme en lèpre anesthésique; les tubercules disparaissent, laissant à leur place des macules, l'anesthésie s'étend, il semble que la localisation de la lèpre abandonne les tissus conjonctifs pour le système nerveux.

C'est du reste ainsi que débute ordinairement la lèpre anesthésique ou lèpre nerveuse, qui a presque toujours été précédée de phénomènes éruptifs du côté des téguments. Ces phénomènes éruptifs (macules érythémateuses, taches hyperchromiques, puis achromiques) s'accompagnent d'anesthésie. Elles peuvent être remplacées par une éruption bulleuse (pemphigus lépreux) localisée d'ordinaire aux membres. En même temps, les troubles s'accroissent dans la sphère du système nerveux; il se fait une invasion bacillaire dans les nerfs (Arning), véritable névrite lépreuse, à marche rapide, aboutissant à la destruction du nerf. L'hyperesthésie, les douleurs névralgiques, les éruptions cutanées, sont d'abord sous la dépendance de cette névrite. Plus tard, l'anesthésie, les paralysies, les atrophies, les troubles trophiques, traduisent cliniquement la destruction du nerf. Les névralgies à forme paroxystique comptent parmi les symptômes les plus pénibles de cette période. Elles cessent lorsque les nerfs sont complètement dégénérés, et l'on se trouve alors en présence des accidents d'anesthésie et d'atrophie, qui caractérisent la période d'état de la lèpre anesthésique. L'anesthésie ne porte pas seulement sur les téguments, elle atteint aussi les organes de sensibilité spéciale; le goût et l'odorat sont affaiblis. Les troubles trophiques de même atteignent à la fois et les muscles qui s'atrophient, et les autres tissus, les muqueuses qui s'ulcèrent, la peau et ses annexes qui s'atrophient et subissent les dégénérescences qui leur sont propres, les os qui se nécrosent, etc... Enfin, dans la phase terminale, l'intelligence elle-même finit par être compromise et par disparaître; le lépreux succombe dans le marasme, à moins qu'une complication n'entraîne une terminaison plus rapide.

Nous ne dirons rien ici des formes mixtes. Quant à la lèpre dite lazarine, l'auteur la considère non comme une variété spéciale, mais comme une variété dans l'exanthème maculo-bulleux de la lèpre. Il propose de lui donner le nom d'érythème polymorphe lépreux, bulleux et escharotique.

Dans le chapitre de l'anatomie pathologique, l'auteur expose la morphologie du bacille de la lèpre, sa disposition dans les tissus, les diverses lésions de la peau, des muqueuses, des nerfs, des viscères, etc... Cette description est basée sur les nombreux travaux parus dans ces dernières années et sur celles de l'auteur lui-même : ces travaux ont été analysés dans la *Revue*.

L'histoire de la lèpre et sa géographie aussi complète que possible, montrent quelle extension a pris cette terrible maladie, que l'on a pu croire éteinte et qui est restée une réalité menaçante, un fléau véritable qui s'étend partout, même en Europe, même en France. La nécessité de l'isolement des malades découle de l'examen de cette invasion grandissante, et cela d'autant plus qu'on sait que l'isolement a toujours donné d'excellents résultats, partout où il a été pratiqué. Les questions d'inoculation, de contagion, d'hérédité, sont étudiées avec de grands détails, mais les documents ne permettent pas d'être absolu quant à leur solution.

Le traitement ne donne encore que des résultats discutés, malgré quelques faits encourageants.

Cette importante monographie se termine par un index bibliographique, par un atlas de magnifiques planches et par des cartes représentant la distribution géographique de la lèpre. F. BALZER.

Du vitiligo d'origine nerveuse, par LEBRUN (*Thèse de Lille*, 1886).

L'historique et l'étiologie du vitiligo sont longuement développés dans cette thèse qui contient un certain nombre d'observations inédites. L'auteur, inspiré par Leloir, conclut que le vitiligo peut dans certains cas mettre sur la trace d'une lésion centrale nerveuse ou périphérique qui, sans elle, serait passée inaperçue. Le vitiligo nécessite donc la recherche des lésions du système nerveux, et de plus, il pourrait parfois indiquer une prédisposition à certaines affections nerveuses qui se montreraient à une échéance plus ou moins rapprochée. F. BALZER.

Un caso di cianidrosi (Cyanhydrose), par MIBELLI (*Boll. della Soc. tra i cultori delle Sc. med. in Siena*, n° 6-7, 1885).

Fait observé chez une petite fille, traitée pour un eczéma des deux mains avec une pommade chrysophanique à 2 pour 30. Pendant que l'eczéma s'améliorait, on observe que le linge est coloré en brun passant au bleu et au violet. Cette coloration persiste après la suspension de la pommade. La sueur, primitivement incolore, prenait cette nuance violette au contact de l'air. Cette cyanhydrose durait encore quatre semaines après la cessation de la pommade, mais elle s'atténuait. F. BALZER.

Ueber die Orienboule (Du bouton d'Orient), par RIEHL (*Soc. des méd. de Vienne* 3 *décembre* 1886).

Le bouton d'Orient se manifeste sous la forme d'un petit nodule rouge qui ne dépasse pas les dimensions d'un pois ou d'un haricot, sans réaction générale, sans adénopathie. Au bout de quelques mois, survient une pustule, puis une croûte et enfin une ulcération qui augmente d'étendue pendant quelques mois; puis la cicatrisation s'effectue.

L'auteur a examiné au microscope un des nodules : au centre, infiltration très riche avec cellules épithélioïdes et cellules géantes; à la périphérie, l'infiltration se localise autour des vaisseaux. Dans le protoplasma, les cellules du centre ou de la périphérie, micrococci arrondis ayant 0,9 μ de diamètre, encapsulés, colorables par l'hématoxyline. Les cultures n'ont pas réussi. L. GALLIARD.

Alterazioni istologische del sistema nervoso nel pemphigo foliacea, par P. FERRARO (*Il Morgagni, avril-mai* 1886).

Dans le pemphigus foliacé, il existe une altération histologique profonde du système nerveux ; elle a principalement pour siège les cellules nerveuses des cornes postérieures de la région dorsale de la moelle épinière, et consiste dans une atrophie avec destruction complète de l'élément cellulaire. Ce processus morbide se diffuse probablement par les racines sensitives et les nerfs périphériques jusqu'aux fibres nerveuses sous-cutanées, qui présentent une segmentation et une résorption de la myéline, avec une atrophie de la gaine médullaire et du cylindre-

axe, et quelquefois une hypertrophie des noyaux de la gaine de Schwann. La fibre nerveuse finit par se détruire complètement.

Cette altération anatomique du système nerveux a pour conséquence l'abolition de son influence trophique sur la peau, et par suite la formation du pemphigus. Dans les autres parties du système nerveux et principalement dans les ganglions intervertébraux et dans ceux du grand sympathique, il existe une atrophie simple, peu avancée des éléments anatomiques.

Suivant l'auteur, la cause prochaine du pemphigus consiste dans une altération profonde du système nerveux trophique de la peau, mais la cause de cette altération est encore inconnue. F. H.

I. — Lichen ruber moniliformis. Korallenschurartiger Lichen ruber (Lichen ruber moniliforme, en collier de corail), par KAPOSI (*Vierteljahr. f. Derm. und Syph.*, n° 4, 1886).

II. — Clinical notes on a case of acute lichen planus, par J. MAGEE FINNY (*The Dublin journ. of med. sc.*, *p.* 502, *juin* 1886).

I. — Homme de 45 ans, observé du 30 avril au 12 août 1886. Pas de renseignements sur la durée et la marche de la maladie. On voit de nombreux tractus semblables à des cicatrices de brûlures ou à des kéloïdes, dirigés suivant le grand axe du corps et prédominant surtout au niveau des plis articulaires; ces tractus sont rouges, brillants, noueux. Ils entourent le cou et la nuque descendant jusqu'aux clavicules ; ils convergent vers les aisselles et vers les plis des coudes ; ils sont dirigés en lignes verticales sur le ventre, et un peu sur les cuisses où ils adoptent cependant assez souvent la direction transversale. Ils se présentent avec les mêmes apparences à la partie postérieure du corps, sur les fesses, les cuisses, aux plis du jarret. Au cou, ils donnent l'aspect d'une large cravate ou plutôt d'un collier à bandes verticales. Ces tractus forment des bourrelets cylindriques, rouges, brillants, ayant l'apparence du corail. Ils sont douloureux à la pression. Autre chose remarquable, c'est un grand nombre d'éléments tuberculeux très petits, ayant les dimensions d'une graine de pavot ou d'une tête d'épingle et qui existent dans les espaces limités par les tractus et aussi en beaucoup d'autres points sur la poitrine, les aisselles, le ventre et les membres. Ces éléments offrent les mêmes caractères que les grands tractus et sont souvent aussi disposés en séries linéaires. Enfin, il existe encore une pigmentation punctiforme d'une couleur sépia qui accompagne les éléments tuberculeux ; ailleurs, cette pigmentation est diffuse : à la partie postérieure du corps, dans les plis des genoux, à la partie interne des cuisses. Il y a aussi pigmentation de la muqueuse buccale.

Kaposi considère les éléments tuberculeux comme constituant la lésion fondamentale de la maladie et, en même temps, la plus caractéristique du lichen ruber planus. Les autres lésions observées, et en particulier les tractus noueux, n'en sont que la suite et l'exagération. Il croit donc avoir affaire à une forme encore non décrite du lichen ruber planus, ayant pris un développement considérable et à laquelle il donne le nom de lichen ruber moniliforme, lichen ruber planus en collier de corail.

Histologiquement, la lésion est dermique et sous-dermique; quelques papilles seulement sont un peu infiltrées de cellules. L'infiltration est surtout compacte et massive un peu au-dessous du chorion, autour des vaisseaux, des glandes, des poils et des pelotons adipeux. Les cellules sont polymor-

phes; fusiformes pour la plupart; il y a aussi de nombreuses cellules géantes. F. BALZER.

II. — Femme âgée de 36 ans, souffre depuis six semaines d'une affection prurigineuse de la peau. Elle cesse d'être réglée depuis 18 mois, et a présenté, à plusieurs reprises, de la dyspnée et des douleurs rhumatoïdes.

L'affection de la peau a débuté par des plaques isolées au-dessous des genoux; plus tard, elle a gagné les bras et les avant-bras dans le sens de la flexion, puis le tronc, le dos, le ventre, les cuisses, les pieds et les mains. La face et le cou ont été toujours respectés. Les plaques sont d'un rouge sombre, papuleuses, coupées à pic sur les bords : leur surface est variable, tantôt lisse sur les petites papules, tantôt rugueuse sur les larges placards du dos; leur centre est en général déprimé, parfois recouvert d'une légère pellicule.

Au moment de la poussée aiguë, la peau tout entière a subi une sorte d'épaississement, d'infiltration; elle est le siège de démangeaisons excessives qui jettent le malade dans un état de dépression nerveuse considérable. La santé générale en est altérée, et l'amaigrissement très notable.

Traitement. — Bains alcalins, lotions sédatives, arsenic à l'intérieur, sudations de temps en temps. Guérison au bout de deux mois.

L'auteur passe en revue les diverses théories émises sur le lichen planus (lichen ruber d'Hebra) et il admet, avec Tilbury Fox et Colcott Fox, qu'il s'agit d'une hyperémie neuroparalytique, plutôt que d'une maladie locale de la peau de nature inflammatoire. H. R.

Zur Histologie des Psoriasis (Sur l'histologie du psoriasis), par **F. PECIRKA** (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, n° 2, 1887).

L'examen microscopique des efflorescences psoriasiques a donné à l'auteur les résultats suivants:

La couche cornée n'est plus homogène; elle renferme des noyaux; ces éléments sont plats et se colorent nettement; très grêles dans les parties qui touchent au stratum lucidum, ils deviennent un peu plus larges vers la superficie. En certains points, ils s'accumulent en nombre tel que la substance cellulaire qui les entoure disparaît presque complètement. La présence de ces noyaux colorés fait ressembler la partie la plus élevée de la couche cornée à la couche superficielle des muqueuses que recouvre un épithélium pavimenteux.

Le stratum lucidum est intact.

Les parties du corps muqueux situées au-dessus des papilles sont élargies. Le stratum granulosum persiste; formé, seulement en quelques points, d'une ou deux rangées de cellules, il est çà et là élargi et les grains cornés y pénètrent plus profondément. Une partie des cellules du corps muqueux présentent autour de leurs noyaux un espace vide qui se montre sous la forme d'un anneau étroit. Ce phénomène est surtout apparent dans la partie moyenne du corps muqueux et les prolongements inter-papillaires. Ces prolongements s'étendent plus profondément qu'à l'état normal; un certain nombre d'entre eux sont en même temps plus larges, de sorte que les papilles ne sont plus alors représentées que par des vaisseaux et une petite quantité de tissu conjonctif infiltré de petites cellules. On voit par places les prolongements inter-papillaires se bifurquer; on distingue alors des papilles secondaires. Les vaisseaux situés au-dessus et sur les côtés des papilles sont entourés d'un infiltrat cellulaire.

On trouve des micro-organismes dans les parties superficielles de la couche cornée, mais non dans ses parties profondes.

On peut, avec vraisemblance, tirer de ces faits les conclusions suivantes :

a) Le psoriasis est une maladie de l'épiderme.

b) Elle consiste en un accroissememt atypique et une kératinisation irrégulière de ses éléments;

c) Les lésions des vaisseaux sont secondaires. H. HALLOPEAU.

Ueber die Entwickelung von Epitheliom auf psoriatischer Basis (Du développement de l'épithéliome sur une base psoriasique), par H. v. HEBRA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1887).

Il n'y avait jusqu'ici, dans la littérature médicale, que trois faits de cette nature appartenant, l'un à Cartaz, et deux à J. White. Hebra en rapporte un quatrième. Malgré leur rareté, ils assombrissent un peu le pronostic du psoriasis. On peut se les expliquer en admettant que la prolifération cellulaire, au lieu de rester limitée comme dans le psoriasis à la couche cornée, s'étend aux cellules dentelées de l'épiderme. H. H.

Le zona chronique, par LEUDET (*Archives de méd., janvier* 1887).

L'éruption herpétique du zona peut avoir une longue durée et persister pendant des mois. Elle constitue alors un zona chronique dont il est possible de distinguer quatre variétés :

Dans une première forme, les ulcérations qui succèdent aux vésicules sont plus profondes ; la cicatrice peut s'ulcérer de nouveau et le processus se répéter plusieurs fois. L'ulcération finit par se cicatriser, donnant quelquefois lieu à des chéloïdes.

Une deuxième variété est le zona récidivant sur place.

Une troisième forme est le zona par extension successive sur plusieurs branches du même nerf, ou sur des nerfs contigus.

Enfin une quatrième forme est le zona à distance. Dans ce cas, l'éruption s'étend d'un nerf sur un autre nerf éloigné, ou bien est secondaire à une lésion d'un filet nerveux, sans relation apparente avec celui où le zona se manifesterait. La cause anatomique du zona est une lésion des ganglions intervertébraux, du ganglion de Gasser et des nerfs périphériques, ou de ces derniers seulement.

La lésion locale de la plèvre, du poumon, du rachis, des méninges spinales, de la moelle, du cerveau est celle qui a provoqué le zona dans les observations classiques de Baerensprung, Charcot et Cotard, Chandelux. La pleurésie chronique, la tuberculose du poumon doivent figurer au nombre des causes les plus fréquentes du zona.

Le zona chronique peut persister trois et même six mois.

RICHARDIÈRE.

Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus Cazenave (Recherches histologiques sur le lupus érythémateux de Cazenave), par MORISON (*Vierteljahr f. Derm. und Syph., Heft* 4, 1886).

Femme de 22 ans, vigoureuse, affectée de gale, présente un lupus de la face très étendu, s'étendant par groupes au cuir chevelu, et en divers points du tronc et des membres inférieurs, avec les caractères typiques de la forme

érythémateuse. L'examen fut fait après ablation de trois morceaux recueillis sur le dos de la patiente.

L'auteur n'a pu constater après avoir employé les méthodes de Gram et d'Ehrlich l'existence des bacilles. Les lésions histologiques montrent une infiltration cellulaire qui se développe surtout autour des glandes de la peau, surtout autour des glandes sébacées qui sont très altérées.

Le lupus érythémateux est une inflammation très différente du lupus ordinaire. C'est une dermatite qui a son origine dans les glandes et qui mériterait à ce titre le nom de dermatite glandulaire érythémateuse.

F. BALZER.

On the Lupus of the female generative organs (Le lupus des organes génitaux de la femme), par J.-Mathews DUNCAN et G. THIN (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVII, p.* 139, 130 *et* 310, 1886).

Le lupus des organes génitaux de la femme se présente sous deux formes différentes : forme ulcérative, forme hypertrophiante.

Le siège de prédilection de l'ulcère est la vulve, les lèvres, le clitoris, le vestibule, plus rarement le vagin et le col exceptionnellement ; les cuisses et la région inguinale.

L'ulcération est d'une couleur rougeâtre, souvent pâle, à bords nets ou surplombants, tapissée par une matière jaune, adhérant à sa surface.

La base est indurée, parfois d'une dureté cartilagineuse. La sécrétion est purulente. L'ulcère ne saigne pas facilement au toucher ; mais parfois spontanément et en grande abondance. Il n'est ni douloureux, ni sensible à la pression dans la majorité des cas, sauf quand il siège au voisinage de l'urètre, ou près de l'orifice vaginal. L'ulcération est d'ordinaire multiple ; elle attaque principalement la peau et les muqueuses mais peut détruire les tissus sous-jacents.

L'ulcère peut perforer la cloison recto-vaginale ou les lèvres. Ses progrès sont insensibles et se poursuivent pendant des années. Parfois, cependant, l'ulcération guérit spontanément.

La forme hypertrophique siège de préférence sur les grandes lèvres et le clitoris.

Elle se présente sous des formes variées, d'ordinaire sous l'aspect de nodules plus ou moins pédiculés, peu sensibles, de couleur rouge pâle, sauf quand ils sont enflammés.

La partie histologique est due au D[r] G. Thin. Ce qui caractérise les différentes pièces remises à Thin, c'est une production remarquable de tissu fibreux et l'absence de tout élément néoplasique.

L'épithélium des muqueuses est tantôt intact et tantôt présente les caractères de l'inflammation. L'hypertrophie est due à la production de tissu fibreux blanc ordinaire.

Les cellules que l'on rencontre dans ce tissu sont des cellules d'exsudat (corpuscules lymphatiques ou globules blancs du sang) et des cellules plates. Les vaisseaux sanguins sont nombreux et ne présentent rien d'anormal.

Dans un cas seulement, on a noté des lacunes paraissant en rapport avec un état de congestion lymphatique ; mais habituellement il n'y en a pas trace. Dans ces formes ulcératives on ne trouve autre chose que les caractères de l'inflammation allant jusqu'à la destruction des tissus.

H. DE BRINON.

Lupus of ano-vulvar region, par KELSEY (*New York med. Journal*, 7 *août* 1886).

Femme de 55 ans, ayant eu cinq enfants et plusieurs fausses couches; pas la moindre trace de scrofule ni de syphilis; elle dit avoir été opérée deux fois d'une fistule recto-vaginale, la seconde fois sans succès.

On trouve le vagin et le rectum convertis en une cavité unique; le périnée n'est plus représenté que par un pont très mince allant d'une grande lèvre à l'autre. Les sphincters sont détruits. L'ulcération n'a pas de base indurée comme dans le cancer; elle sécrète de la sanie et du pus. Les bords sont durs, hypertrophiques. Pas de ganglions tuméfiés. Pas de cachexie ni même d'affaiblissement de la malade. Selles involontaires.

L'auteur n'hésite pas à admettre ici le lupus ano-vulvaire, mais sans relations avec la scrofule. L. GALLIARD.

Beitrage zur Ætiologie and Symptomatologie der Alopecia areata (Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie de l'alopécie en aires), par Josef SCHUTZ (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1887).

L'auteur a reconnu que la tricophytie tonsurante présente une forme chronique qui évolue sous l'aspect d'une alopécie en aires ; le champignon est alors difficile à trouver et on le rencontre plutôt sous la forme de spores que sous celle de mycélium. Si l'on examine en pareil cas la zone saine en apparence qui entoure la plaque d'alopécie, on y voit un certain nombre de cheveux cassés, isolés : l'on pourrait opposer cette tricophytie pseudo-décalvante à la pelade pseudo-tondante de Lailler. H. HALLOPEAU.

Eine langdauernde Epidemie von Dermatomycosis tonsurans in Berlin (A propos du traitement du trichophyton), par Edmund SAALFELD (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, *p.* 643, 27 *septembre* 1886).

Pour apprécier la valeur des agents parasiticides dans le traitement de la trichophyte, Koebner a soumis des cultures pures de ce cryptogame à leur action durant un temps plus ou moins prolongé, et les a ensuite inoculées soit sur Saalfeld, soit sur de l'agar-agar. Voici d'abord les résultats des expériences auxquelles Saalfeld s'est prêté :

Koebner lui a inoculé sur les bras deux cultures du trichophyton qui avaient séjourné, durant quatre heures, dans de l'esprit pyrogallique à 10 0/0, tandis que l'autre avait été largement enduite de pommade au naphtol à 15 0/0. Trois autres cultures du champignon, qui avaient séjourné trois heures dans de l'alcool salicyliqué à 10, à 5 0/0 et dans de l'alcool pur, furent partagées par moitiés, dont l'une fut inoculée à Saalfeld sur le thorax et les deux jambes, tandis que l'autre servit à ensemencer de l'agar-agar.

Des cinq inoculations pratiquées à Saalfeld, une seule a réussi, c'est celle pratiquée sur le thorax avec le tricophyton traité par l'alcool salicyliqué à 10 0/0. Mais celle-ci a eu des effets trop désagréables pour que Saalfeld consentît à recommencer celles qui n'avaient pas réussi. Quant aux ensemencements sur l'agar-agar, ils sont restés stériles pour l'œil nu, bien que, au bout de plusieurs mois, le microscope y fît encore découvrir les mycéliums et les conidiés en parfait état de conservation.

Dans une deuxième série d'expériences, les cultures, qui avaient séjourné trois heures dans une pommade de chrysarobine à 10 0/0 et dans l'huile phéniquée à 4 0/0 (préconisée par Lesser contre le sycosis parasitaire), produisirent une abondante végétation de trichophyton.

Enfin, dans une troisième série d'expériences, Saalfeld a ensemencé de l'agar-agar avec des cultures plongées dix minutes dans une solution aqueuse de sublimé à 1/4 0/0, vingt-cinq minutes dans des solutions alcooliques salicyliquées à 5 et à 10 0/0, ou enduites, durant neuf heures, de pommades à 10 0/0 de chrysarobine, à 5 et 10 0/0 de naphtol. Seules les cultures traitées par le sublimé n'ont produit aucune pullulation de champignons. La culture traitée par l'alcool salicyliqué à 5 0/0 a donné une végétation de trichophyton aussi luxuriante que celle traitée par l'huile phéniquée. Celle traitée par l'alcool salicyliqué à 10 0/0, de même que celles traitées par les pommades, n'ont pas laissé végéter le trichophyton, mais en revanche une foule d'autres bactéries.

La discordance entre ces résultats expérimentaux et ceux de la pratique montre bien le rôle thérapeutique que joue l'action mécanique, la desquamation épidermique produite par toutes ces substances. Voici, en effet, ce qui s'est passé chez Saalfeld, qui a la poitrine très velue. L'emploi d'agents parasiticides divers ne parvint pas à empêcher le développement d'un sycosis qui ne tarda pas à envahir sa barbe, et dont il ne parvint à se débarrasser que par l'épilation (*R. S. M.*, III, 660; IV, 583; IX, 224; XXII, 635; XXIII, 645, et XXIV, 552). J. B.

Report of a case of favus, with remarks on the treatment of the tineas, par MORROW (*Journal of cut. and vener. dis.*, n° 11, 1886).

A propos d'un cas de guérison de favus généralisé par la chrysarobine et l'acide salicylique, l'auteur passe en revue les diverses méthodes de traitement des teignes. D'après son expérience, la pommade à la chrysarobine (10 0/0) et à l'acide salycilique (5 0/0) est un excellent topique. Il emploie quelquefois ces substances sous forme de traumaticine ou de collodion. L'acide pyrogallique, l'oléate de mercure sont aussi très efficaces. Dans le traitement de la tricophytie de la barbe, il vante l'emploi de l'iodure de soufre (30 ou 40 grains pour une once), l'oléate de cuivre ou de mercure (10 0/0).

L'épilation doit toujours précéder l'application de ces remèdes.

Dans l'eczéma marginé, il rappelle que Piffard a recommandé comme très efficace le collodion iodé (teinture d'iode et collodion en parties égales). F. BALZER.

Ueber die Ætiologie der Alopecia areata (Étiologie de la pelade), par Max BENDER (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, *p.* 817, 1886).

L'auteur publie trois cas de guérison rapide de la pelade due au traitement suivant : Savonnage au moyen du savon alcalin d'Hebra, et frictions deux fois par jour avec la pommade à la vératrine à 1/15. Dans trois autres cas, il n'a pu suivre les malades assez longtemps pour connaître le résultat du traitement.

Chez les six sujets, il a trouvé le micrococcus de Sehlen en se conformant aux indications techniques de cet auteur : violet de gentiane, solution d'iode ioduré, alcool absolu, huile d'œillet et baume de Canada.

Il a réussi à cultiver ce coccus dans l'agar-agar; au bout de 36 heures, on voyait les colonies blanches se développer et 24 heures plus tard les taches orangées. L. GALLIARD.

On the exact measurement of the electric current, in the destruction of hair by electrolysis (De la mesure exacte du courant électrique dans la destruction des cheveux), par Morton PRINCE (*Boston med. and surg. journ.*, 4 *novembre* 1886).

Pour détruire les cheveux par électrolyse, on doit se servir de courants faibles et ne les appliquer que le moins longtemps possible. Un courant fort et de longue durée expose le malade à des accidents inflammatoires et à des cicatrices consécutives. Le meilleur courant est celui qui ne dépasse pas un milliampère. Deux ou trois secondes d'application suffisent pour détruire le bulbe. Un courant qui dépasse deux milliampères, produit des pustules et des cicatrices. Le malade ne doit pas tenir l'électrode positif dans la main pendant l'opération. On le fixe à l'avant-bras, à l'aide d'un large tampon recouvert de peau de chamois ou de coton absorbant. J.-B. H.

Affezione speciale di labbro inferiore (Affection spéciale de la lèvre inférieure), par MORETTI (*Rivista clin. di Bol.*, nos 3 *et* 7, 1886).

L'auteur signale une affection non décrite observée d'abord à Recanati et aux environs, mais qui depuis sa première communication au congrès de Pérouse a été également observée dans d'autres endroits. Elle est constituée par des ulcérations superficielles de la lèvre inférieure, à grand diamètre ordinairement parallèle à l'ouverture buccale et précédées de douleurs, chaleur, gonflement, et quelquefois de fièvre. Elle atteint plus spécialement les paysans, d'avril à septembre, les hommes plus que les femmes, et rarement avant l'âge de vingt ans. Les souffrances sont très vives, exaspérées par tous les mouvements, par la préhension et la mastication des aliments. D'après beaucoup d'observations, la maladie semble contagieuse : elle est sujette à récidives dans les années suivantes, vers la même époque. Les deux affections qui se rapprochent le plus de cette maladie sont l'herpès et l'eczéma, cependant le diagnostic est facile. On reconnaît aisément une affection différente également de toutes celles qui peuvent affecter les lèvres et la bouche.

Elle est vraisemblablement parasitaire, en raison de l'uniformité des accidents, de leur mode de transmission, des recherches microscopiques enfin qui ont montré des bacilles et des microcoques isolés ou groupés en zooglées. Dans le derme, l'auteur a trouvé des microcoques semblables. Enfin les applications antiseptiques (acide phénique) guérissent rapidement cette affection qui traitée autrement peut durer de 15 à 90 jours.

Deux dessins sont annexés à ce travail, l'un représentant la figure d'un malade, l'autre représentant les parasites et les lésions de la lèvre

F. BALZER.

Ein Fall von Exanthema nach Salicylgebrauch (Exanthème bulleux dû à l'acide salicylique), par ROSENBERG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 33, *p.* 569, 1886).

Femme de 29 ans atteinte de rhumatisme aigu depuis près d'un mois. Elle raconte qu'on lui a donné de l'acide salicylique mais qu'on a dû renoncer à ce remède à cause de taches survenues aux bras et aux jambes. Pleurésie gauche, rien au cœur.

On lui prescrit, le 12 février, malgré ces renseignements, 4 grammes d'acide salicylique : les douleurs articulaires disparaissent, mais le lendemain on constate un gonflement très marqué des paupières et sur tout le corps des taches violacées ; la malade se plaint d'une sensation de brûlure insupportable. Température 39°,3.

L'auteur prescrit néanmoins le 13 une seconde dose de 4 grammes, mais la malade n'en prend qu'une partie.

Le 14, on donne 3 grammes d'antipyrine, ce qui abaisse la température à 36°.

Le 15, on constate de nouveau les douleurs articulaires : 3 grammes d'acide salicylique. Le médicament provoque l'apparition de bulles à contenu séreux grandes comme des pièces de vingt ou cinquante pfennigs sur toutes les régions, spécialement au dos et aux extrémités, mais également sur les muqueuses (conjonctives, langue, gencives). Cette éruption dure trois jours ; à la suite, formation de croûtes, puis de taches brunes.

L'éruption est due, sans aucun doute, à l'acide salicylique. Elle se reproduit, en effet, le 19 mars sous l'influence d'une double dose de 1 gramme avec des phènomènes analogues à ceux de la première attaque. Les accidents persistent jusqu'au 23 mars. Jusqu'à ce jour on trouve dans l'urine l'acide salicylique éliminé. L. GALLIARD.

Éruption bactérienne partant d'une plaie articulaire, par NEPVEU (2e *Congrès français de chirurgie*, *Rev. de chir.*, *novembre* 1886).

Il s'agissait d'une luxation avec plaie de la phalangette du pouce. Des accidents douloureux, puis des spasmes survinrent dans l'avant-bras et les mains, bientôt apparut une éruption polymorphe, qui ne tarda pas à se généraliser. Le liquide des vésicules contenait des micrococci qui n'ont pu être cultivés. PIERRE DELBET.

Clinical notes on the value of resorcine, ichthyol, and lanolin in cutaneous diseases (Résorcine, ichthyol, lanoline dans les maladies de la peau), par STELWAGON (*Journal of cut. and vener. diseases, n°* 11, 1886).

L'auteur a employé la résorcine dans 25 cas d'eczéma, et ne paraît pas beaucoup se féliciter de ses effets.

Il en a été de même pour les teignes. Les résultats ont été satisfaisants pour l'ulcère de jambe, pour la séborrhée avec alopécie, pour l'épithélioma. L'ichthyol, employé en pommade, dans l'acné et plus spécialement dans l'acné rosacée, a donné des résultats variables. Il a été surtout utile dans les formes squameuses de l'eczéma. Son influence est contestable pour le furoncle, le lupus érythémateux, le favus.

Quant à la lanoline, son avantage, comme excipient, paraît surtout évident dans l'eczéma chronique, dans le psoriasis, en un mot, dans les maladies où il y a infiltration de la peau, et où il faut recourir à une pommade très pénétrante. Elle sera utile à ce point de vue dans les dermatomycoses. F. BALZER.

I. — Arsenical eruptions, par MORROW (*Journ. of cut. and vener. dis.*, *juin, juillet, août*, *novembre* 1886).

II. — The value of arsenic in skin diseases, par FOX (*Ibidem*).

III. — The question of the value of arsenic in diseases of the skin, par HARDAWAY (*Ibidem*).

IV. — The useful administration of arsenic in diseases of the skin, par KEYES (*Ibidem*).

V. — The use of arsenic in skin diseases, par BALDWIN (*Ibidem*).

Les auteurs américains, d'une manière générale, blâment l'abus que l'on fait de l'arsenic, dans le traitement des maladies de la peau. L'arsenic, suivant Fox, ne serait pas seulement d'un emploi trop souvent irrationnel et non justifié, mais, en congestionnant la peau, il aggraverait les éruptions et le prurit. D'ailleurs il n'y a pas de bonnes statistiques démontrant les bons effets de l'arsenic employé seul. Il faut pourtant tenir compte, avec Morrow, Keyes, Hardaway, de l'action incontestable exercée sur la peau par l'arsenic. Keyes croit l'arsenic utile à la période d'état ou de déclin de l'eczéma ou du psoriasis, quand ce médicament est d'ailleurs bien toléré par le tube digestif, condition indispensable de son emploi. Suivant Keyes, il peut être utile aussi dans le pemphigus, dans certaines formes d'acné et même dans la syphilis. Hardaway croit peu à son utilité dans l'acné ou le pemphigus et même dans l'eczéma; il reconnaît seulement ses avantages dans le lichen plan, principalement en injections sous-cutanées suivant la méthode de Koebner. Cet auteur allemand a obtenu par cette méthode un succès remarquable, dans un cas de sarcomatose cutanée, succès qui ne s'est pas renouvelé depuis. Un autre auteur américain, Baldwin, vante au contraire l'arsenic contre l'eczéma et contre le pemphigus. Il se demande toutefois si ses succès ne doivent pas être en partie explicables par le fait qu'il exerce dans un pays où les fièvres paludéennes sont très communes. F. BALZER.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

I. — Recherches sur le bacille de Lustgarten, par ALVAREZ et TAVEL (*Arch. de physiol.*, 30 *septembre* 1885).

II. — Nouveau procédé de coloration des bacilles syphilitiques, par de GIACOMI (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, *p.* 289, 15 *juin* 1885).

III. — Ueber das Contagium der Syphilis, par DISSE et TAGUCHI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 48, 1885, *et n°* 14, *p.* 235, 1886).

IV. — On a bacillus cultivated from the blood and from the diseased tissues in syphilis (Bacille du sang et des tissus syphilitiques), par F. EVE et A. LINGARD (*The Lancet*, 10 *avril* 1886).

V. — Ueber Syphilis-Bacillen, par DOUTRELEPONT (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 819, 7 *décembre* 1885).

VI. — Fortgesezte Untersuchungen der Bacillen bei Syphilis (Nouvelles recherches sur les bacilles de la syphilis), par LE MÊME (*Ibidem*, *p.* 330, 17 *mai* 1886).

VII. — Ueber einen Microorganismus in den Geweben hereditär syphilitischer

Kinder (Micro-organisme trouvé dans les tissus d'enfants syphilitiques héréditaires), par KASSOWITZ et HOCHSINGER (*Wien. med. Blätter*, n° 1-3, 1886).

VIII. — Ueber den Streptokokkus bei der hereditaren Lues, par CHOTZEN (*Berl. klin. Woch.*, n° 46, *p.* 807, 15 *novembre* 1886).

IX. — Ueber Bacillen bei Syphilis, par DOUTRELEPONT (*Ibidem*).

X. — Ricerche istologiche sopra i microorganismi della sifilide e piu specialmente nella placenta sifilitica in relazione alla hereditaria della sifilide, par FERRARI (*Atti dell'Acad. Gioenia di Catania, décembre* 1885).

I. — 1° Alvarez et Tavel n'ont pu trouver, dans des coupes de produits syphilitiques le bacille de Lustgarten décrit comme spécial à la syphilis;

2° Ils n'ont pas pu le constater dans tous les cas de sécrétions syphilitiques;

3° Ils ont trouvé dans quelques sécrétions pathologiques non syphilitiques, et dans certaines sécrétions normales telles que le smegma prépucial, un bacille qui n'a pas été signalé, qui a son siège de prédilection aux organes génitaux, et qui est identique à celui de Lustgarten par sa forme et ses réactions colorantes;

4° Il se peut que le bacille que Lustgarten a trouvé dans les coupes des produits et dans les sécrétions syphilitiques ne soit autre que ce bacille banal;

5° Le bacille a une grande ressemblance de forme avec le bacille de la tuberculose, et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre;

6° Il se distingue du bacille de la tuberculose en dehors de sa moindre épaisseur, et de son aspect moins granuleux — conditions difficiles à apprécier dans un examen isolé — par l'insuccès des colorations par la méthode d'Ehrlich au violet de méthyle, par sa décoloration après traitement prolongé à l'acide acétique, et par sa moindre résistance à l'alcool après coloration à la fuchsine et traitement à l'acide nitrique;

7° Dans le diagnostic clinique de la tuberculose fait par l'examen histologique des sécrétions, on devra tenir compte de ces faits.

A. GILBERT.

II. — De Giacomi a voulu simplifier et abréger le procédé de coloration des bacilles syphilitiques. Pour cela, les préparations, après avoir été fixées à la flamme, sont chauffées légèrement pendant quelques minutes, d'abord dans une solution de fuchsine, puis dans l'eau additionnée de quelques gouttes de perchlorure de fer; ensuite on les lave et on les décolore dans une liqueur concentrée de perchlorure de fer. Les bacilles restent rouges, tandis que toutes les autres bactéries se décolorent.

Chez un malade qui était soumis depuis huit jours aux frictions mercurielles, de Giacomi a déjà constaté une diminution considérable du nombre des bacilles. J. B.

III. — Disse et Taguchi ont commencé leurs recherches à Tokio en mars 1885, avant de connaître par conséquent les résultats de Lustgarten. En se servant du procédé de coloration de Gram, ils ont trouvé des spores dans le sang des syphilitiques, des spores et des bacilles dans les chancres. Ces micro-organismes ont pu être cultivés, et

le produit des cultures pur a servi à inoculer des animaux (lapins, souris, moutons, chiens) dont le sang a fourni des bacilles absolument semblables aux premiers. Deux lapins ont présenté des gommes viscérales contenant aussi les bacilles. Ceux-ci se retrouvent également dans l'urine et dans la sérosité du péricarde.

Les bâtonnets ont 0,0018 de longueur; ils offrent deux extrémités arrondies et un centre clair, ce qui leur donne l'aspect d'un point double. Ils forment des amas ou des chaînettes. Les spores ont 0,0008 de diamètre. Les bâtonnets possèdent une enveloppe qui parfois se rompt.

Les bacilles en partie double diffèrent absolument des bacilles de Lustgarten. Ils se rapprochent de ceux qu'ont décrits Aufrecht en 1881, et Birch-Hirschfeld en 1882. L. GALLIARD.

IV — Eve et Lingard poursuivent leurs recherches bactériologiques sur la syphilis depuis 1884. Ils ont réussi à démontrer la présence d'un bacille dans douze cas de chancre induré primitif, dans trois cas d'adénopathie, dans deux cas de gomme, enfin deux fois sur des plaques muqueuses. Enfin ils ont pu cultiver le bacille, et le reproduire avec ses caractères constants. Voici les résultats de leurs recherches.

En prenant du sang d'un individu en pleine éruption de roséole, et d'autre part en excisant une papule avec le tissu sous-dermique, les cultures de ce sang et de ce tissu morbide ont donné des résultats similaires. Sur la section de la papule, on trouve de nombreux bacilles disséminés dans les espaces du tissu conjonctif du chorion, et inégalement colorés. Même apparence pour les cultures du sang et des ganglions syphilitiques.

Le bacille en question est assez polymorphe et consiste en petits bâtonnets plus ou moins longs, à extrémités arrondies et même parfois claviformes. Ceux-ci se colorent inégalement et paraissent divisés en plusieurs segments (de 3 à 8, ordinairement 5). Les plus courts semblent constitués par deux masses allongées et ovales de protoplasma séparées par un espace clair. Ils se présentent soit isolément, soit par groupes, dans les mailles du tissu conjonctif à la base du chancre induré; moins nombreux dans le tissu de granulations, presque nuls dans le pus et les leucocytes. Ils abondent en général dans les espaces lymphatiques et dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Sur les gommes, ils occupent en général la périphérie du néoplasme, là où la vitalité du tissu spécifique est plus active.

Les auteurs ne considèrent pas ce bacille comme identique à celui décrit dans le smegma préputial par Alvarez et Tavel.

Au point de vue de la technique histologique, ils conseillent de colorer les préparations avec une solution de rose d'Humbold dans de l'huile d'aniline et de l'alcool, procédé supérieur à la coloration par la méthode de Gram ou avec la solution de Weigert (violet de gentiane).

Jusqu'ici les auteurs n'ont pas réussi à inoculer la syphilis avec le produit des cultures microbiennes. H. B.

V. — Lustgarten et Doutrelepont (*R. S. M.*, XXVI, 208 et 209) ont trouvé dans les manifestations syphilitiques, de tout âge et de toute région du corps, des bacilles très semblables par leur forme et leurs dimensions à ceux de la tuberculose et de la lèpre, mais ne se laissant

pas colorer par les mêmes méthodes. Un certain temps, on a pu croire ces micro-organismes pathognomoniques de la syphilis; mais il n'en est plus de même depuis que Doutrelepont a reconnu l'exactitude du fait signalé par Alvarez et Tavel, qu'il existe dans les sécrétions normales de la muqueuse des organes génitaux externes un bacille qu'il n'est pas possible de distinguer sûrement de celui de Lustgarten.

Dans la discussion, Lichtheim déclare que son préparateur de Giacomi avait découvert, avant Alvarez et Tavel, le micro-organisme dont il vient d'être question et qui se différencie du bacille syphilitique par sa plus grande résistance à l'action des acides minéraux, et du bacille tuberculeux par sa plus grande sensibilité en présence de l'alcool. J. B.

VI. — Doutrelepont poursuit ses recherches (*R. S. M.*, XXVII, 208) sur le bacille de la syphilis. Il l'a trouvé jusqu'ici, dans neuf chancres indurés (dont 1 sur la grande lèvre), dans la sécrétion d'un chancre de la lèvre supérieure, dans une gomme, dans des plaques muqueuses et dans leurs produits de sécrétion, dans des papules, etc. Le nombre des bacilles dans les tissus varie beaucoup, mais généralement il est peu considérable. Tandis que, sur de certaines coupes, ils manquent entièrement ou sont très rares, sur d'autres on les voit groupés dans des cellules rondes, ovales ou irrégulières, transparentes quand elles ne sont pas colorées, granuleuses lorsqu'on les a teintes; par ci par là seulement, on distingue encore les noyaux de ces cellules qui sont plus gros que des globules blancs. Parfois les bacilles sont tellement intriqués et pelotonnés, que ce n'est qu'à la périphérie de ces amas qu'on distingue les bacilles. En dehors des cellules, on ne rencontre guère que des bacilles isolés ou réunis deux à deux. Sur quelques préparations, on aperçoit à côté des bacilles des amas de granulations résultant de leur désagrégation. Comme Lustgarten (*R. S. M.*, XXVI, 209), Doutrelepont a vu dans plusieurs cas des groupes de bacilles dans le réseau de Malpighi.

Après qu'il a eu connaissance de la méthode de coloration de Lustgarten, Doutrelepont s'en est servi exclusivement parce qu'elle donne aux bacilles une teinte foncée plus caractéristique que le procédé auquel il eut d'abord recours. Il semble, comme l'a dit Lustgarten, que les bacilles soient beaucoup plus nombreux dans les sécrétions des plaques muqueuses cutanées des individus qui n'ont pas encore suivi de traitement.

La longueur des bacilles syphilitiques est plus variable que celle des bacilles tuberculeux et lépreux auxquels ils ressemblent beaucoup. Ils sont à peu près rectilignes, ou légèrement recourbés, plus rarement en forme d'S ou renflés à leurs extrémités. Quelques-uns portent des spores.

Chez un malade ayant une roséole de fraîche date, le sang recueilli au voisinage des papules syphilitiques contenait quelques bacilles absolument semblables.

Les essais de culture effectués avec du sérum de sang d'animal et du liquide d'hydrocèle figé dans l'appareil de d'Arsonval à la température de 36 à 38° C. n'ont pas encore donné de résultats précis. Une ulcération du prépuce qui en imposait pour un chancre induré, grâce à l'infiltration rénitente du pourtour, n'a présenté aucun bacille sur de nombreuses coupes; cette ulcération a guéri sans être suivie de manifestations syphilitiques. J. B.

VII. — Kassowitz et Hochsinger ont recherché le micro-organisme de la syphilis dans les organes d'enfants morts de syphilis héréditaire. Ils employèrent comme matière colorante un mélange de 30 parties d'une solution alcoolique saturée de gentiane ou de fuchsine et de 70 parties d'eau d'aniline; on décolore suivant la méthode de Gram en évitant toute espèce d'acide qui décolore le microbe. Le picrocarmin peut servir pour colorer le fond.

Les micro-organismes trouvés par les auteurs ont été toujours des cocci en chaînettes de 2, 4, 5, 8, dont chaque individu mesurait de 0,3 à 0,5μ : de là la désignation de streptococcus.

Sur 5 cas examinés, ils ont trouvé le micro-organisme 1 fois dans le thymus, 1 fois dans les poumons, 2 fois dans la peau et le pancréas, 4 fois dans le foie. On les trouvait surtout dans les vaisseaux sanguins dont les fines ramifications en étaient comme injectées. Plus rarement, ils se trouvaient dans le voisinage des vaisseaux et jamais dans l'intérieur des cellules ou des tissus serrés.

VIII. — Kassowitz et Hochsinger (voyez plus haut) concluent, du fait qu'ils ont trouvé un streptocoque chez cinq individus morts de syphilis héréditaire, que ce micro-organisme joue un rôle important dans cette affection. Chotzen n'est pas de cet avis; il croit que la présence de ce streptocoque n'était qu'accidentelle; peut-être provenait-il du coryza et avait-il été entraîné dans l'intestin; arrivé dans les lymphatiques de cet organe, il s'y était développé. Quoi qu'il en soit de cette explication, c'est dans l'intestin seul que Chotzen l'a rencontré en grande abondance. De plus, il n'a pas trouvé de streptocoques en examinant un fragment de peau garni de papules qu'il avait pris sur un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Dans la discussion, Neisser émit l'avis que peut-être les streptocoques en question n'étaient pas tout à fait accidentels, en ce qu'ils étaient la cause d'une scepticémie.

IX. — Doutrelepont, depuis sa dernière communication (voyez plus haut), a reconnu qu'il y a une différence entre les bacilles du smegma et ceux de la syphilis. Les premiers supportent mal l'alcool et bien les acides, les derniers, au contraire, se décolorent par les acides, tandis que l'alcool les altère peu. Une autre différence ressort des expériences de Bienstock (*R. S. M.* XXVIII, 454) qui a confirmé la justesse de l'idée de Matterstock sur le rôle important que joue le sol nourricier, pour les réactions colorées. De plus, Gottstein (*R. S. M.* XXVIII 454) est arrivé à la conclusion que, tandis que la réaction des bacilles du smegma est dans un rapport causal intime avec le sol nourricier, les bacilles syphilitiques possèdent déjà leur réaction dans les tissus.

En poursuivant ses recherches des bacilles dans la syphilis, Doutrelepont en a constaté l'existence, entre autres dans une gomme de la dure-mère; il a encore trouvé des amas de granulations ressemblant à des micrococques et qu'il regarde comme des bacilles désagrégés.

Mais Doutrelepont estime que tant qu'on n'aura pas réussi à faire des cultures pures et des inoculations, une grande réserve est nécessaire et c'est pour cela qu'il parle, non de bacilles syphilitiques, mais de bacilles dans la syphilis.

J. B.

X. — Ferrari croit que le bacille de Lutsgarten se confond avec les

bacilles du smegma d'Alvarez; pourtant il a observé des microcoques et des streptocoques qui lui font admettre l'existence de parasites pathogènes de la syphilis : il les aurait même cultivés. Il admet des communications vasculaires directes entre le fœtus et la mère, et non une simple nutrition osmotique. Les examens histologiques lui ont montré l'existence de microcoques et de bactéries dans le sang et les villosités placentaires; il les considère comme pathogènes. Pour la transmission de la syphilis, il distingue une forme *vraiment héréditaire*, transmise par l'acte de la fécondation, et une forme *congénitale*, produite par contagion ultérieure de la mère. Il admet l'origine paternelle après avoir constaté dans le sperme les microbes précités; pour lui, dans ces cas, la femme est toujours infectée. Ces microbes se localisent surtout dans les leucocytes qui passent du fœtus à la mère ou de la mère au fœtus par les communications vasculaires, montrées par Tafani et Currie. L'immunité maternelle est donc impossible, mais la syphilis est vraisemblablement atténuée par une sorte de vaccination spontanée intra-utérine.

F. BALZER.

Rachitisme et syphilis osseuse; essai de différenciation anatomique et clinique, par Joseph ASSADA (*Thèse de Lyon*, 1886).

Le rachitisme est caractérisé par une série de lésions systématiques du squelette absolument dissemblables des lésions disséminées de la syphilis osseuse. Ces lésions commencent avec la période de remaniement caractéristique de la croissance du squelette et finissent avec elle; elles n'obéissent pas au traitement spécifique.

Les lésions satellites majeures du rachitisme (érosion dentaire et glossite desquamative) sont étrangères à la syphilis héréditaire.

Les non syphilitiques et les animaux non syphilisables engendrent des jeunes rachitiques ou aptes à le devenir artificiellement.

Le rachitisme est une maladie de l'évolution des os et ne dépend en rien de la syphilis.

A. C.

Ein Fall von Syphilis des Centralnervensysteme, par H.-V. HEBRA (*Soc. des méd. de Vienne*, *12 novembre* 1886).

Sujet de 28 ans, contractant un chancre au mois de février 1886; en mars, syphilides cutanées et iritis. Traitement par les injections sous-cutanées de sublimé à 1/100. A la fin d'avril, l'état du malade est satisfaisant.

Au milieu de juillet, céphalalgie intense, puis vertige se manifestant dès que le malade est debout. Iodure de potassium : 2 grammes par jour. A la fin d'août, faiblesse des membres inférieurs. Le 3 septembre, phénomènes d'ataxie légère et douleurs en ceinture. Le 4 septembre, signe de Romberg et abolition des réflexes rotuliens. Frictions à l'onguent napolitain, 3 grammes d'iodure.

Au bout de quelques jours, les signes s'aggravent; le malade a la démarche des ataxiques. Douleurs lancinantes, paralysie de la vessie et de l'intestin; crises gastriques; insomnie.

Amélioration au bout d'une semaine.

Le 21 septembre, attaque épileptique. Hémiplégie droite, avec embarras de la parole durant seulement quelques jours.

Au commencement d'octobre, l'ataxie disparaît, on constate l'existence des réflexes. Dès le 5 octobre, le malade peut reprendre ses occupations et rester debout six heures par jour.

Le 23 octobre, on constate que la guérison se confirme. Pas de douleurs, pas d'affaiblissement; fonctionnement vésical normal.

Bamberger et Nothnagel s'élèvent contre la dénomination d'ataxie locomotrice attribuée par l'auteur à la maladie qu'il a décrite. Il faut réserver ce nom aux signes de la sclérose des faisceaux postérieurs; du reste, on voit qu'il manque dans ce cas plusieurs symptômes importants du tabes et que d'autre part il y en a là plusieurs qu'on ne saurait rattacher à l'ataxie : le vertige et l'hémiplégie par exemple.

Il faut se contenter de voir là un cas remarquable et insolite de syphilis des centres nerveux. Benedikt admettrait plutôt dans ce cas une névrite diffuse. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des anévrismes d'origine syphilitique des artères cérébrales, par SPILLMANN (*Annales de dermatologie, novembre* 1886).

Il résulte des observations rassemblées dans ce travail et dont plusieurs sont personnelles à l'auteur que les anévrismes des artères cérébrales d'origine syphilitique ne sont pas une rareté pathologique.

Les artères basilaires et sylviennes en sont le siège de prédilection. Ils se terminent presque toujours par une rupture artérielle précédée de l'ensemble des symptômes de l'hémorragie méningée. Ces anévrismes se développent, dans la majorité des cas, chez d'anciens syphilitiques, mais ils peuvent aussi constituer un accident précoce et se montrer quelques mois seulement après le début de l'infection. Les syphilis incomplètement traitées ou livrées à elles-mêmes prédisposent plus que les autres aux complications vasculaires cérébrales. F. BALZER.

Ueber Pigment-syphilis (Sur la syphilis pigmentaire), par BOCKHART (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, n° 1, 1887).

Les syphilides essentiellement caractérisées par des taches pigmentaires doivent être considérées comme très rares, si l'on en élimine les leucodermies et les colorations cachectiques analogues à celles que l'on observe dans d'autres dyscrasies. Le fait, publié par Bockhart, paraît être jusqu'ici unique dans la science. Infectée en janvier 1885, la malade voit, au commencement d'avril, apparaître une éruption de taches rouges, qui, d'abord limitée à la poitrine et au ventre, s'étend bientôt au cou, aux bras et aux cuisses. Vers la fin du même mois, la malade s'aperçoit un matin que l'éruption a pris, pendant la nuit, une coloration d'un brun noirâtre. Elle entre à l'hôpital peu de jours après. Son aspect est alors des plus remarquables : la peau de tout le tronc et de la plus grande partie des membres présente de nombreuses taches d'un brun noir ; leurs dimensions varient entre celles d'une lentille et celles d'un thaler ; elles ne sont pas saillantes, leurs contours sont nets, arrondis ou irréguliers ; beaucoup sont disposées en fragments de cercle ; elles ne diffèrent donc des taches de roséole que par leur couleur. Au mois d'août, elles persistent avec les mêmes caractères ; en octobre, elles ont pris une teinte brun jaunâtre.

L'examen microscopique montra que les cellules cylindriques et épineuses de l'épiderme étaient fortement pigmentées ; les couches cornées étaient plus sombres qu'à l'état normal. Les lésions les plus importantes étaient celles des vaisseaux. La plupart des artérioles et des veinules

contenues dans la couche sous-papillaire étaient le siège de coagulations fibrineuses plus ou moins étendues. Autour de chaque thrombus, on voyait une quantité relativement considérable de pigment brun noirâtre ou rougeâtre. Ce pigment siégeait surtout sous forme de granulations dans le protoplasma des cellules migratrices, et on en trouvait aussi dans le protoplasma des corpuscules conjonctifs. Une petite quantité était libre dans le tissu en dehors des cellules. On remarquait également, autour de presque tous les vaisseaux oblitérés, des cristaux d'hématoïdine et une coloration jaune du tissu ; leurs cellules endothéliales étaient tuméfiées et quelques-unes étaient remplies de fines granulations ; on voyait de même dans l'adventice des cellules pigmentées. Des dépôts de pigment se trouvaient aussi en plus petit nombre autour des vaisseaux non oblitérés. Çà et là, on reconnaissait le stroma décoloré d'un globule rouge. Les papilles contenaient de nombreuses cellules migratrices chargées de pigment, émanées du réseau sous-jacent.

Les lésions vasculaires qui viennent d'être signalées sont celles que Biesiadecki et Kaposi ont décrites dans la syphilide maculeuse. Les dépôts de pigment se sont formés aux dépens de globules rouges émigrés ou de la matière colorante du sang, sortie dissoute des vaisseaux. L'altération initiale paraît avoir occupé l'endothélium vasculaire. H. HALLOPEAU.

Zur Kenntniss der hämorrhagischen Syphilis, par HOROWITZ (*Vierteljahrschrift für Derm. und Syph.*, n° 3, 1886).

Il s'agit de deux hommes observés à la clinique d'Auspitz, l'un au 5e mois, l'autre au 4e mois de leur syphilis. Ces malades présentaient divers accidents secondaires et entre autres des papules hémorragiques avec zone ecchymotique, confluentes par places et parfois très larges. Il n'y avait pas d'autres hémorragies. Le malade avait eu, il est vrai, de l'ictère, mais il n'en avait plus depuis huit semaines, lorsque apparurent les premières papules hémorragiques. Bälz a rapporté un cas analogue.

Cette variété de syphilis hémorragique diffère de la syphilis hémorragique du nouveau-né, ainsi que le montrent les descriptions de Behrend, Patersen, etc. L'hémorragie a lieu probablement par diapédèse, résultant des altérations vasculaires et de la congestion. L'hémophilie paraît sans influence : l'auteur a observé une jeune femme syphilitique qui succomba à des hémorragies diverses, épistaxis, métrorragies, entérorragies, sans que l'éruption syphilitique fût devenue hémorragique. Dans les cas observés, le pronostic a été bénin, et la guérison rapide. F. BALZER.

Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né, par BALZER et GRANDHOMME (*Rev. mens. des mal. de l'enfance, novembre* 1886).

Ce travail est basé sur dix observations de mort-nés syphilitiques. Pour les auteurs, les lésions pulmonaires doivent rentrer dans le groupe des broncho-pneumonies au même titre que les pneumonies secondaires des autres maladies infectieuses. On peut distinguer quatre formes : 1° les broncho-pneumonies récentes ou peu intenses ; dans ces faits, il peut y avoir congestion ou spléno-pneumonie, qui décèlent à l'œil nu les lésions; quelquefois celles-ci ne sont pas apparentes et l'examen histolo-

gique est indispensable. Le microscope montre de la bronchite avec pneumonie desquamative, congestion pulmonaire plus ou moins intense et même des hémorragies dans quelques cas. Ces lésions caractérisent la première phase de la syphilis pulmonaire congénitale. Les vaisseaux contiennent de nombreux globules blancs, et les noyaux de leurs tuniques sont en prolifération manifeste.

2° Broncho-pneumonies subaiguës à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale à la partie postérieure des poumons. Ces faits se rapprochent davantage des broncho-pneumonies ordinaires. On constate à la surface des poumons des régions rosées ou légèrement rougeâtres disposées en bandes à la partie postérieure des poumons; il y a de la splénisation à la coupe d'un certain nombre de lobules, une congestion légère.

Ce qu'il y a de particulier dans ces cas, c'est la prédominance des lésions interstitielles, la tendance à la sclérose rapide, l'intensité des lésions vasculaires.

3° Broncho-pneumonies avec hépatisation blanche, sans dilatation bronchique. Les auteurs n'en ont pas observé. Cette forme paraît correspondre à la carnisation des broncho-pneumonies non syphilitiques. Cette forme peut aboutir à la formation de noyaux fibro-caséeux et caséeux susceptibles de subir la fonte purulente.

4° Broncho-pneumonies avec dilatation des bronches. Les faits de ce genre sont rares : le mémoire en contient un exemple remarquable.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que des lésions semblables, sclérose avec dilatation bronchique et altérations vasculaires, existaient dans les autres lobes du poumon en apparence normaux. Elles étaient seulement beaucoup moins avancées. Les auteurs rapprochent ce fait intéressant d'une observation très analogue, publiée par Grawitz, mais concernant un fœtus non syphilitique.

De la syphilose des reins, par MAURIAC (*Archives de médecine*, 1886).

Dans le rein, comme dans les autres organes, c'est le tissu cellulaire interstitiel qui est le siège primitif et principal des lésions de la syphilis tertiaire. La néphrite interstitielle, surtout dans sa forme atrophique, est donc la plus fréquente des néphropathies. Mais ce n'est pas tout; dans cette variété de lésions rénales, la dégénérescence amyloïde est souvent observée. Les gommes, par contre, sont extrêmement rares.

Les symptômes ne sont pas plus caractéristiques que les lésions. L'albuminurie syphilitique ressemble à toutes les autres albuminuries comme symptomatologie et évolution. Elle peut se terminer par urémie. Le traitement produit quelques guérisons dans certains cas de sclérose rénale même déjà ancienne. En résumé, le diagnostic étiologique de ces néphropathies est excessivement difficile et délicat.

Néphropathies syphilitiques précoces. L'analyse clinique de Mauriac, basée sur 24 observations, montre que ces néphropathies apparaissent peu de temps après l'accident primitif. 8 fois, elles ont fait leur apparition deux mois juste après le début du chancre. Une fois même, il n'y eut qu'un mois d'intervalle entre le début de la néoplasie primitive et celui de l'anasarque.

En dehors de l'intoxication syphilitique, il est impossible de découvrir

un autre facteur étiologique qui explique l'apparition de ces néphropathies. Dans les cas rares où l'autopsie a permis de constater les lésions rénales, on a trouvé que le rein présentait le type du gros rein blanc. Ces lésions semblent montrer que la syphilis agit, surtout par l'intermédiaire de l'adultération du sang; elles se rapprochent en effet complètement des lésions des néphrites infectieuses.

Les néphropathies syphilitiques précoces débutent d'une façon insidieuse et ne diffèrent pas comme allure des affections rénales ordinaires.

Les lésions doivent être traitées comme les autres manifestations syphilitiques par le mercure et par l'iodure de potassium. L'administration du mercure a toutefois un inconvénient : elle donne fréquemment lieu à une salivation interminable.

Néphropathies syphilitiques tardives. Elles ne diffèrent de celles qui sont précoces que par les lésions anatomiques. Elles sont plus fréquentes que les néphropathies précoces; néanmoins, elles sont encore assez rares et ne viennent guère qu'au cinquième ou au sixième rang parmi les lésions tertiaires. Elles sont caractérisées au point de vue anatomo-pathologique par la sclérose du tissu conjonctif avec atrophie plus ou moins avancée de l'organe et dégénérescence amyloïde.

Mais il ne faudrait pas croire que la syphilose rénale se confine exclusivement dans cet ordre d'altérations. On observe, en effet, quelquefois, pendant la phase constitutionnelle tout aussi bien que pendant la phase virulente, les formes aiguës, la variété parenchymateuse avec ou sans dégénérescence amyloïde, le gros rein blanc, les néphropathies mixtes. De plus, elle produit assez fréquemment des gommes.

Ces variétés se confondent cliniquement et donnent lieu aux mêmes symptômes. RICHARDIÈRE.

Ueber Albuminurie durch Quecksilber und Lues (Albuminuries mercurielle et syphilitique), par FÜRBRINGER (*Berliner klinische Wochens.*, n° 21, *p.* 343, 25 *mai* 1885).

Sur une centaine de syphilitiques non albuminuriques et n'ayant pas encore pris de mercure lorsqu'on les soumit à ce traitement, il s'en trouva 8 0/0 qui eurent des urines albumineuses. Cette albuminurie débuta dès la seconde semaine de la médication hydrargyrique et augmenta progressivement; mais plus tard, toujours elle cessa. Le mode d'administration du mercure n'a eu aucune influence sur son apparition.

Comme l'urine albumineuse ne renfermait ni cylindres, ni globules sanguins, elle ne tenait pas à un catarrhe, mais sans doute à une lésion facilement réparable des parois vasculaires des glomérules.

D'autres observations ont montré que la syphilis, au moment de l'apogée de la roséole, provoque aussi une albuminurie 12 fois sur 100. Cette albuminurie, qui guérit par le traitement mercuriel, se combine quelquefois avec l'albuminurie mercurielle.

L'albuminurie syphilitique présente des cellules épithéliales du rein, des cylindres et des globules sanguins.

Dans la discussion du 4e Congrès allemand de médecine, *Schuster* confirme les observations de Fürbringer. Schuster pense que l'albuminurie qui survient dans la cure mercurielle doit être, au même titre que

le ptyalisme et la diarrhée, considérée comme un indice de l'opportunité qu'il y a à suspendre le traitement.

Ziemssen, au contraire, n'a jamais rien vu de semblable. J. B.

Note sur l'albuminurie syphilitique, par HORTELOUP (*Annales de dermatologie, 25 octobre* 1886).

De l'ensemble des observations, il résulte que la syphilis peut occasionner de l'albuminurie dans les premiers mois de son apparition ; cette forme ne laisse pas de trace et guérit par le traitement antisyphilitique. Elle doit être distinguée de celle qui survient dans la deuxième et la troisième année de la syphilis, dont le pronostic est plus grave, car elle peut être considérée comme le point de départ de néphrite chronique, reconnue longtemps après. L'auteur admet en outre qu'un syphilitique, par la dépression que produit la syphilis, est plus prédisposé à présenter de la néphrite *à frigore*. F. BALZER.

Contribution à la détermination de la nature microbienne des efflorescences cutanées d'origine syphilitique, par GILLES DE LA TOURETTE (*Progrès médic., p.* 612, 1886).

L'auteur se fonde, pour admettre l'origine parasitaire des plaques muqueuses et du psoriasis palmaire chez les syphilitiques, sur les bons effets du traitement local par les bains de sublimé. Il emploie une solution équivalente à 0,50 de bichlorure de mercure pour un litre d'eau, et y fait plonger matin et soir, pendant dix minutes, les mains du malade. En dix ou douze jours, la guérison survient, surtout si les bains sont donnés avec de l'eau chaude. Pour Gilles de la Tourette, l'action du sublimé en pareil cas est parasiticide. H. R.

Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis, par CLUTTON (*The Lancet*, 27 *février* 1887).

L'auteur signale la fréquence relativement assez grande de l'hydarthrose double des genoux chez les enfants affectés de syphilis héréditaire. C'est surtout entre 8 et 15 ans qu'on l'observe ; son début est insidieux, signalé seulement par de la raideur des genoux, sans douleurs vives. A l'examen, on trouve un épanchement d'abondance moyenne, sans distension de la synoviale ; le caractère symétrique de l'affection, en l'absence de tout phénomène morbide du côté des autres jointures, fait songer à une cause constitutionnelle, et l'observateur attentif n'a pas de peine à retrouver les traces de la syphilis héréditaire. La marche de la maladie est lente : abandonnée à elle-même, ou traitée seulement par le repos et l'immobilisation, l'hydarthrose peut durer des mois entiers sans changement. Elle est d'ordinaire, mais non toujours, accompagnée d'épaississement de la synoviale, quelquefois avec des nodosités ; il y a peu de douleurs, et relativement peu de gêne. Tantôt les deux genoux sont pris simultanément, tantôt l'un après l'autre ; dans 1 cas, l'intervalle a été de deux ans. Le traitement spécifique réussit, mais moins vite que dans la syphilis acquise.

Sur les 11 cas relatés par Clutton, la kératite interstitielle double existait chez 9 sujets, et un 10e en présentait des traces anciennes ; 5 portaient l'encoche d'Hutchinson aux incisives supérieures ; 4 avaient des

nodosités sur les tibias, et 2 étaient affectés de surdité complète d'origine récente, sans aucune cause admissible autre que la syphilis. De plus, dans 4 cas, l'existence d'une syphilis familiale a pu être établie.

H. BARTH.

I. — Développement de la méthode de Scarenzio, par SMIRNOFF (*Helsingfors*, 1886, *Annales de Dermatologie, n°* 7, 1886, *et Annali universali di med. e di chir.*, *août* 1886).

II. — Ueber die subcutane Anwendung des Calomel bei der Syphilisbehandlung (Calomel en injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis), par KOPP et CHOTZEN (*Vierteljahr. f. Dermat. und Syph.*, *Heft* 4, 1886).

III. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées mercurielles, par STOUKOVENKOFF (2e *Cong. des méd. russes*, *Moscou*, 1887).

IV. — Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio : injections sous-cutanées de calomel dans l'huile de vaseline, par F. BALZER (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 28 *novembre* 1886, *et Soc. méd. des hôp.*, 10 *mars* 1887).

V. — Des injections de peptones mercuriques, par BEDOIN, MARTINEAU (*Soc. de thér.*, 9 *février* 1887).

I. — Les premiers essais de Scarenzio ont été faits en 1864 (*Annali universali di med. e di chir.*, vol. 189, p. 602), et furent imités bientôt par Ricordi; ces deux auteurs admettaient la transformation du calomel en sublimé, sous l'influence des chlorures alcalins de l'économie. En Italie, un grand nombre de médecins suivirent Scarenzio et Ricordi : il y eut aussi des tentatives en Allemagne et en Autriche. Toutefois c'est à Smirnoff que revient l'honneur d'avoir le mieux précisé le modus faciendi. Il conseille comme lieu d'élection la fesse, à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter; il injecte le calomel en suspension dans la glycérine et conseille le repos les jours suivants. S'il se produit un abcès, il ne faut pas l'ouvrir. Du reste, la statistique de Scarenzio est très favorable (4 abcès pour 100 injections). Ces abcès sont d'ailleurs sans gravité; ils sont plus fréquents chez les sujets obèses et par conséquent chez les femmes. Les enfants tolèrent très bien les injections sous-cutanées de calomel. Les doses sont variables suivant les cas : en moyenne 40 centigrammes de calomel suffisent pour l'adulte. Smirnoff injecte la première fois dix centigrammes à chaque fesse : les autres injections se font à un intervalle de quinze jours environ.

Chez le nouveau-né, 24 à 36 milligrammes dans chaque fesse suffisent. Il emploie la même méthode contre la syphilis tertiaire; les syphilides gommeuses guérissent avec des doses moyennes non supérieures à 30 centigrammes de calomel.

Le mercurialisme est rare, Smirnoff en cite des faits chez les cachectiques, chez les vieillards, chez les sujets à dents cariées : il a même eu un cas de mort chez un sujet phtisique, mais le traitement avait été d'une énergie exagérée. Les femmes enceintes supportent très bien le traitement. En somme, la complication la plus désagréable est l'abcès. Smirnoff en distingue deux variétés : l'abcès de foyer ou abcès profond, qui est rare, et l'abcès qui débute dans le trajet de la canule. Celui-ci est le plus fréquent, mais il n'offre pas de gravité; il fait seulement

perdre une partie du calomel injecté. Dans son travail, Smirnoff rapporte les résultats obtenus par d'autres médecins: par Watraszewski, qui n'eut que 4 abcès pour 257 injections dans la fesse; par Rooz, 1 abcès pour 80 injections; par Neisser, etc. Parmi ces auteurs, Lundberg à Stockholm a eu 10 abcès pour 100 injections, et la durée moyenne du traitement a été de 44 jours; il insiste sur la sécurité que le traitement donne au médecin. Opérant sur des militaires, il a obtenu des résultats plus satisfaisants que par toute autre méthode. Les soldats pouvaient continuer à participer aux exercices, même ceux qui avaient des abcès. Ceux-ci ont toujours été extrêmement bénins. En résumé, pour Smirnoff, cette méthode est sans comparaison la plus commode, la plus simple et la plus précise. Elle est supérieure même aux frictions. Elle convient à tous les âges, aussi bien qu'à toutes les périodes de la maladie.

II. — Les expériences et observations commencées au milieu de 1884 ont été poursuivies jusque dans ces derniers temps: 263 malades ont été traités, savoir 101 hommes et 162 femmes. On a fait 1,523 injections. Après divers changements, on s'arrêta à la formule suivante: calomel à la vapeur, 5; chlorure de sodium, 1,25; eau distillée, 50. On faisait quatre injections à chaque malade généralement en deux séances, à 8 ou 15 jours d'intervalle et d'après les préceptes de Smirnoff. La proportion des abcès sur 768 injections faites avec ce mélange fut de 6.2 0/0, proportion très satisfaisante. Les soins méticuleux ont une grande importance quand il s'agit de ces injections. Dans la grande majorité des cas, la réaction inflammatoire est nulle ou presque nulle. Les auteurs l'attribuent à la formation du sublimé; ils disent n'avoir jamais pu voir dans le pus des abcès des cristaux de calomel. Ils admettent d'ailleurs avec Smirnoff que ces abcès sont de médiocre importance. L'application de compresses froides suffit ordinairement pour les arrêter dans leur développement. Ces abcès sont aseptiques et ne contiennent pas de microbes; ils guérissent très vite. Les auteurs ne croient pas que le repos des malades après les injections soit une chose indispensable. Les femmes sont beaucoup plus prédisposées aux abcès que les hommes. Sur 75 abcès observés, les femmes en ont eu 60 (chez 43 femmes); les hommes seulement 12 (chez 17 hommes). L'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée chez la femme est la principale cause de ces abcès. Sur les 263 malades traités, il y eut 15 stomatites; une seule fut grave. Elles ont été presque toutes causées par la négligence des malades, le défaut de soins de propreté. Elles ont été plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Le succès des injections sous-cutanées de calomel n'a jamais fait défaut. Elles ont agi avec une grande énergie sur les éruptions, sur les iritis. Dans un cas, cependant, il fallut 6 injections de 10 centigrammes pour faire disparaître les plaques muqueuses, et quelques frictions mercurielles furent même nécessaires.

Il y a eu 38 récidives sur les 263 malades. Ce sont surtout les plaques muqueuses qui ont ainsi reparu. Chez 16 malades, il y avait eu des abcès. Sur les filles publiques qu'on a pu surveiller rigoureusement, il y a 26 0/0 de récidives, proportion déjà signalée par Smirnoff.

Landsberg est arrivé dans l'Institut de Neisser à des résultats intéressants concernant la recherche du mercure dans l'urine. Après 16 ou

24 heures à la suite d'une injection de deux décigrammes de calomel, on trouve le mercure dans l'urine : il s'y trouve à son maximum du troisième au cinquième jour et conserve ce maximum pendant plusieurs semaines avec de faibles oscillations suivant les individus. Plus tard les quantités diminuent pour remonter si l'on fait de nouvelles injections. Mais cette augmentation ne dépasse pas le maximum obtenu la première fois, alors même que les dates des injections sont rapprochées. On a trouvé chez une malade qui avait reçu quatre injections de calomel de dix centigrammes le calomel dans l'urine treize mois après la dernière injection. Les injections, disent les auteurs, atteignent donc pleinement leur but, qui est de maintenir longtemps l'individu sous l'influence du mercure.

Le travail se termine par un tableau d'ensemble des injections, des malades traités et des accidents attribuables aux injections. La conclusion des auteurs est que les injections de calomel doivent être mises sur la même ligne que les frictions, et elles ont de plus l'avantage d'être beaucoup plus commodes pour les malades. F. BALZER.

III. — Stoukovenkof regarde les injections comme le traitement le plus sûr et le plus efficace, bien supérieur aux frictions. D'après ses observations, l'élimination du mercure se fait longtemps après la cessation du traitement (de 1 mois à 1 an). Une partie du mercure reste dans l'organisme à l'état de composé insoluble. A. C.

IV. — L'huile de vaseline, hydrocarbure parfaitement neutre, d'une extrême pureté, se prête très bien aux injections sous-cutanées, ainsi que le montrent les expériences de l'auteur. Ces injections sont indolores, inoffensives, ne produisent aucune irritation. L'huile de vaseline peut donc servir d'excipient au calomel à meilleur titre que la glycérine, qui est irritante et douloureuse. Les observations rapportées dans cette note sont très favorables à la méthode de Scarenzio, qui a donné les résultats les plus satisfaisants dans plusieurs cas de syphilis grave. Le mélange destiné aux injections doit être dosé de la façon suivante : calomel finement porphyrisé et lavé à l'alcool, 10 centigrammes ; huile de vaseline, 1 centimètre cube. On injecte ainsi 10 centigrammes de calomel par seringue de Pravaz. L'auteur insiste en outre sur les autres applications thérapeutiques de l'huile de vaseline. Elle dissout l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine, l'essence de térébenthine, les huiles fines et même certains alcaloïdes, la cocaïne par exemple. L'emploi de l'huile de vaseline peut donc être fort étendu.

Dans sa seconde note, Balzer donne des résultats nouveaux et plus étendus. Il a employé non seulement le calomel, mais aussi le précipité jaune avec le même succès. Il recommande surtout dans le manuel opératoire d'éviter la sortie de l'huile injectée en pinçant le derme sur la canule et en maintenant le pincement pendant quelques instants après avoir retiré celle-ci. Dans une première série de 117 injections portant sur 51 femmes, il y a eu 15 abcès ; mais dans une seconde série de 92 injections, il n'y a eu que 3 abcès, statistique qui va de pair avec celles qu'ont obtenues les médecins étrangers et qui montre l'importance extrême des minuties dans le manuel opératoire. Il n'y a eu que 2 stomatites mercurielles. F. B.

V. — Bedoin n'a observé aucun accident avec les injections, et il reconnaît leur efficacité de préférence à tout autre traitement.

Martineau, qui a traité environ 6,000 malades (?) par cette méthode, est du même avis; l'action curative est très rapide, la douleur nulle et les accidents sans importance. (Voy. *R. S. M.*, XV, 232; XVII, 211; XIX, 209; XXI, 256; XXIV, 578; XXV, 268; XXVII, 239, 240, 617; XXVIII, 246; XXIX, 206, 207. A. C.

Il micrococco dell' ulcera molle, par de LUCA (*Gaz. degli Ospitali*, nos 38-41, 1886).

L'auteur a pu cultiver la sécrétion d'un chancre mou observé chez une femme. La culture obtenue sur de la gélatine stérilisée fut inoculée avec succès, et le pus de l'inoculation fut de nouveau cultivé, donnant des colonies grisâtres, jaune verdâtre, jaune roussâtre et blanches. Les parasites sont des cocci très petits de 0, 50 μ à 0, 60 μ, isolés ou groupés en zooglées, quelquefois aussi en chaînettes et en diplocoques. Ce sont les cultures blanches qui donnent le plus régulièrement des résultats positifs. Le microcoque du chancre mou se développe bien dans la gélatine, mieux encore dans le sérum sanguin; il est aérobie, et se développe à la température ordinaire, plus rapidement entre 28 et 38°. Les paraeites des autres cultures grisâtres ou jaunâtres contiennent des bacilles, le staphylocoque aureus et le streptocoque. Le micrococcus spécial du chancre mou explique la nécrobiose moléculaire progressive du tissu qui limite l'ulcère; les autres parasites expliquent l'état aigu qui accompagne le développement de l'ulcère et en particulier le développement du bubon. Celui-ci est simplement inflammatoire s'il y a seulement migration de ces parasites; il est chancreux s'il y a aussi migration du microcoque du chancre mou. Ce microcoque étant aérobie manifeste surtout ses propriétés pathogènes lorsque le bubon est ouvert. F. BALZER.

I microparasiti della blennorragia uretrale, par GIOVANNINI (*Giorn. ital. della mal. vener., fasc.* 6, 1886).

On peut isoler dans le muco-pus de la blennorragie urétrale de l'homme cinq espèces de parasites différents par leur caractère morphologique et leur culture. Deux variétés se remontrent dans l'urètre parfaitement sain. Ces parasites ne sont pas ceux qui déterminent la fermentation ammoniacale de l'urine. Aucun de ces parasites n'est pyogène. Aucun d'entre eux porté dans l'urètre de l'homme ne détermine la blennorragie. En somme, l'auteur n'a pu réussir à cultiver un microcoque ayant les propriétés attribuées au gonocoque; cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de microcoque spécial pour la blennorragie, mais que celui-ci ne peut être cultivé ou bien subit rapidement une atténuation.

F. BALZER.

Ueber die Beziehungen der gonorrheischen Infection zur Puerperalerkrankungen (Des rapports de l'infection blennorragique avec la fièvre puerpérale), par SÄNGER (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXVIII*, *Heft* 3).

La gonorrée est encore plus fréquente chez la femme que ne l'affirmait Nœggerath au congrès de Magdebourg. Sur 1,936 cas d'affections gynécologiques, l'auteur a rencontré 230 cas de gonorrée (12 0/0, soit 1/8). Le diagnostic a été fait dans tous les cas sans l'aide du microscope, par les seuls signes cliniques et anammestiques, l'histologie n'ayant encore fourni aucun moyen de distinguer les différentes espèces de

gonococcus. La fréquence de la gonorrée pendant la grossesse est encore plus importante : 100 cas sur 389 femmes à la Maternité de Leipzig, et 40 0/0 des enfants atteints d'ophtalmie. Si on compare cette fréquence avec le chiffre restreint de la morbidité et de la mortalité, il paraît probable qu'il n'existe aucun rapport étiologique entre la gonorrée et la septicémie ; mais il peut y avoir coïncidence. Beaucoup de cas de gonorrée sont pris chez les accouchées pour des accidents septiques. Au début, le virus gonorréique reste dans la couche superficielle des tissus et ne pénètre pas dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les formes graves ne se montrent qu'un peu tard : l'auteur en a observé deux cas. Lorsqu'on trouve chez une femme des restes d'exsudats récents ou anciens avec altération concomitante des annexes, il y a presque toujours infection gonorréique. Lorsque l'infection a eu lieu avant les couches, c'est pendant la 2e ou 3e semaine des couches que se développent les phénomènes puerpéraux graves avec lésions des trompes et du péritoine pelvien. Lorsque l'infection a lieu pendant les suites de couches, elle est presque immédiatement suivie de salpyngite et de péritonite. Cette affection n'est pas toujours mortelle et peut se reconnaître même après une résorption partielle par la palpation bimanuelle.

Sänger a vu, sur 230 cas, 15 cas de lésions gonorréiques des trompes des annexes et du péritoine pelvien : les accidents se sont développés environ 7 à 8 semaines après l'accouchement, sous l'influence du retour de la menstruation ou d'un coït.

Kaltenbach a observé 5 cas de fièvre puerpérale coïncidant avec une ophtalmie blennorréique des enfants. Il croit que les gonococcus siègent dans les parties profondes et non dans les parties superficielles.

Bumm croit que les signes cliniques ne peuvent suffire à établir le diagnostic : il a constaté que les gonococcus ne s'enfonçaient pas profondément.

Mundé a vu se développer la salpyngite chez des jeunes filles qui n'étaient sûrement pas atteintes de gonorrée.

Saxinger s'étonne de la fréquence indiquée par Sänger. Il connaît deux cas de salpyngite suppurée, chez des jeunes filles. Il considère comme pathognomonique dans les cas aigus une rougeur vive avec tuméfaction de la muqueuse vaginale, accompagnée d'ecchymoses.

Winckel, à Dresde, sur 700 autopsies, n'a pas trouvé un seul cas de mort par salpyngite gonorréique ; à Munich, il a observé une série de cas graves.

Sänger répond à Bumm qu'on découvre toujours de nouvelles formes de coccus et qu'il faudrait enfin montrer la véritable. H. DE BRINON.

Nature et traitement de la blennorragie, par CRIVELLI (*Thèse de Paris, novembre* 1886).

La première partie de cette monographie est consacrée à l'étude de la blennorragie au point de vue microbien. L'auteur décrit d'abord le gonococcus, tel qu'on le rencontre toujours dans les écoulements aigus et récents. Crivelli l'a retrouvé, même après un très long traitement antiparasitaire, alors qu'il ne restait plus au méat qu'un très léger suintement chronique. Par contre, jamais on n'en découvre dans l'écoulement des urétrites simples ou traumatiques.

C'est dans l'agar-agar à l'extrait de viande qu'on cultive le mieux ces microbes, qui sont aérobies. Pendant les premières heures de la culture,

ils se présentent sous forme de courtes chaînettes, constituées par des granulations arrondies, d'inégales dimensions, se colorant difficilement et affectant la disposition étoilée. Au bout de 24 heures, on ne retrouve plus que les gonococci vulgaires, se colorant facilement. Tous les animaux sont réfractaires à l'inoculation des liquides de culture; d'ailleurs, il est possible que la virulence du microbe soit atténuée par la culture. De ces faits, doit-on conclure que dans les bouillons on soit en présence du véritable microbe pathogène de la blennorragie ou seulement du microbe d'une suppuration quelconque. Bien que le gonococcus ait pour lui beaucoup de probabilités, l'auteur n'ose pas se prononcer affirmativement et sans restrictions.

Crivelli discute dans la seconde partie de sa thèse le traitement. JAMIN.

Des fistules juxta-urétrales du méat comme cause de persistance de la blennorrée, par R. JAMIN (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, *juillet* 1886).

Jamin rapporte plusieurs observations de malades ayant des écoulements urétraux de très longue durée, à cause de la présence d'une petite fistule filiforme sur une des lèvres du méat urinaire. L'inflammation blennorragique, éteinte dans le canal par un traitement approprié (balsamiques, injections, etc.), se réfugie dans ce petit conduit anormal, d'où elle ressort et contagionne à nouveau le canal de proche en proche, dès qu'on cesse le traitement.

Jamin a remarqué que, chez presque tous ses malades, la présence de ce pertuis fistuleux coexistait avec une malformation congénitale du méat (bride transversale, orifice en T renversé). Aussi, il se demande s'il faut admettre que ces fistules juxta-urétrales sont congénitales et par conséquent antérieures à la blennorragie, ou si elles sont consécutives à cette dernière et d'origine glandulo-folliculaire. En tout cas, il conseille de rechercher l'existence de ces fistules du méat dans le cas de blennorrée rebelle et récidivante et de les détruire soit par une cautérisation énergique, soit même par l'incision. A. C.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der « gemischten (sensorisch-sensiblen) Anästhesie bei Geisteskranken [Sur l'existence et la signification de « l'anesthésie mixte (sensorielle-sensitive) » chez les déments], par R. THOMSEN (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XVII*, *Heft* 2, *p.* 452).

Ce travail fait suite à deux mémoires analysés précédemment (XXVIII, 106). Par anesthésie mixte, sensorielle et sensitive, Thomsen entend « un syndrome typique, caractérisé par un émoussement de la sensibilité cutanée (pouvant aller jusqu'à l'anesthésie complète), portant sur tous les modes de la sensibilité ou sur quelques-uns seulement, bilatéral, unilatéral ou par îlots circonscrits, stationnaire ou passager, mais coïncidant avec un émoussement (à caractères tout aussi variables) des

fonctions sensorielles, avec ou sans perversion de la perception des couleurs et du sens appelé musculaire ».

De ses recherches sur des sujets affectés de formes très diverses de démence, Thomsen conclut que les troubles de la sensibilité qu'on rencontre chez les déments présentent une évolution éminemment capricieuse. Ils varient d'intensité, d'étendue de siège, de nature, chez un même sujet. D'une façon générale, les anesthésies offrent plus de tendance à rester stationnaires que les autres troubles de la sensibilité. Pour ce qui est des troubles sensoriaux, sur 18 sujets examinés, tous présentaient un rétrécissement du champ visuel et de la zone de perception des couleurs; 8 avaient en outre de la dyschromatopsie, 3 de l'achromatopsie. Chez la plupart des malades, l'acuité visuelle était diminuée, et cette diminution était proportionnelle au rétrécissement du champ visuel. Ce rétrécissement existait toujours des deux côtés, presque toujours plus prononcé d'un côté que de l'autre.

Les autres organes des sens étaient affectés dans une moindre proportion. Chez quelques sujets, il existait une diminution de l'acuité auditive, coïncidant toujours avec une abolition de la transmission des sons, par l'intermédiaire des os du crâne et de la face. Deux fois, Thomsen a noté une anesthésie partielle du sens du goût (l'amertume et l'acidité seules n'étaient pas perçues).

Chez quelques sujets, Thomsen a noté une perversion du sens musculaire, qui coïncidait toujours avec une anesthésie cutanée de même siège. L'inverse n'avait pas toujours lieu.

Eu égard à la nature de leur psychose, les sujets examinés se répartissent de la façon suivante : démence vulgaire, 5; paranoïa chronique, 6; troubles psychiques passagers, caractérisés par de l'angoisse et du désordre intellectuel, 4. Chez les sujets de ce dernier groupe, la psychose s'alliait à l'épilepsie, à l'alcoolisme, à un traumatisme du crâne, à l'hystérie. Indépendamment de l'hystérie, on voit, en effet, intervenir comme autres facteurs étiologiques principaux dans le développement de ces anesthèsies chez les déments, l'alcoolisme, l'épilepsie et le traumatisme céphalique. D'après les caractères si variables et si changeants de ces troubles de la sensibilité, il y a tout lieu de les considérer comme étant l'expression d'un trouble fonctionnel central. Toutes sortes de raisons énumérées par l'auteur s'opposent d'ailleurs à ce que l'on considère comme de simples hystériques les malades qui ont fait l'objet de ces recherches. RICKLIN.

Bemerkungen ueber die Pupillenreaction (De la réaction des pupilles chez les aliénés), par MOELI, THOMSEN, SIEMERLING, OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 485, 19 *juillet* 1886).

Moeli, sur 50 paralytiques généraux, a trouvé, 47 fois sur 100 une insensibilité complète des pupilles à la lumière, 4 fois sur 100 une insensibilité douteuse, et 10 fois sur 100 une sensibilité lumineuse réduite au minimum. Avec le cours des années, près de la moitié des malades à état mental douteux, mais offrant de l'immobilité pupillaire, est devenue tabétique ou paralytique. En dehors des malades qui ont de graves lésions cérébrales, la rigidité des pupilles s'observe chez les syphilitiques avec ou sans autre paralysie des rameaux du nerf moteur oculaire commun.

Très rarement, on rencontre dans l'alcoolisme une immobilité incomplète ou passagère des pupilles.

Chez les aliénés qui n'ont ni paralysie générale ni ataxie locomotrice, ni lésion cérébrale, la rigidité pupillaire se note tout au plus 1.4 0/0.

En s'appuyant à la fois sur l'observation d'une tumeur de 3e ventricule et sur les expériences de Christiani, de Bechterew (*R. S. M. XXVIII*, 14) et de Gudden, Moeli regarde comme invraisemblable que ce phénomène pupillaire se rencontre dans les altérations ventriculaires.

Dans la discussion, Thomsen déclare avoir fait des recherches identiques à celles de Moeli sur 1,400 aliénés, dont 240 paralytiques généraux; 45 0/0 de ces derniers avaient des pupilles insensibles à la lumière. Entre 127 épileptiques, 1 seul a présenté le même phénomène, et cela pendant 30 heures seulement. Sur les 191 délirants systématiques, l'immobilité pupillaire n'a été trouvée que chez 4 (1.5 0/0), et encore 2 de ceux-ci étaient-ils des tabétiques plus ou moins avérés, et un troisième avait eu la syphilis. 5 seulement des 395 alcooliques présentaient la même particularité. En groupant tous les aliénés non paralytiques, au nombre de 1,158, on voit que 17 (1.5 0/0) avaient les pupilles insensibles aux impressions lumineuses.

Siemerling, sur 81 femmes atteintes de paralysie générale, en a compté 44 (54.3 0/0) offrant la rigidité pupillaire. Parmi les 619 autres aliénées, il ne l'a rencontrée que 10 fois, à savoir : chez 3 démentes, 3 ataxiques, 2 épileptiques, 1 syphilitique (lésion de la base du crâne), 1 délirante systématique.

C'est chez les tabétiques qu'Oppenheim a trouvé le plus fréquemment ce symptôme, et spécialement chez ceux d'entre eux qui avaient une syphilis cérébrale, dont c'était parfois le seul symptôme. Deux fois, il l'a vu à la suite de traumatisme de la tête et d'ébranlement.

Sur 10,000 affections oculaires, Uhthoff n'a trouvé que deux cas de rigidité des pupilles; l'un chez un individu présentant un iris rudimentaire, l'autre chez un enfant atteint de syphilis héréditaire.

W. Sander cite l'histoire d'un malade chez lequel existait de l'immobilité pupillaire d'un côté; l'autopsie révéla la présence d'une tumeur à la partie postérieure du 3e ventricule du même côté. J. B.

Observations with the sphygmograph on asylum patients (Recherches sphygmographiques chez les aliénés), par GREENLEES (*Journal of mental sc., janvier* 1887).

L'auteur affirme que dans les différentes formes de folie l'influence du système nerveux sur le cœur et sur la circulation est telle que presque toujours le tracé du pouls est altéré de quelque manière dans ses caractères normaux. Dans la manie aiguë, il y a congestion des centres nerveux, mais les parois artérielles se relâchent, la pression sanguine diminue et le pouls est dicrote. Dans la dépression mentale, la systole cardiaque est faible et les artères se remplissent imparfaitement, toutefois, si la dépression se continue longtemps ou s'il survient de la stupeur, la systole devient plus énergique et le tracé indique une certaine tension artérielle. Chez les épileptiques, la tension artérielle est faible. Pendant l'attaque, le pouls perd ses caractères normaux et devient à la fin mou, fréquent, petit et comme fuyant, ce qui s'observe aussi dans le coma ou

le collapsus des maladies aiguës. Dans la paralysie générale, le pouls varie suivant la période de la maladie. Dans la première période, la systole est forte, brusque, la tension artérielle est faible et la ligne de descente du tracé est marquée de nombreuses ondulations, dues probablement au tremblement musculaire; dans la seconde période, l'impulsion cardiaque est modérément énergique et le sommet du tracé est arrondi ou même allongé, ce qui indique une tension artérielle notable ; dans la dernière période, la systole ventriculaire est faible, et le tracé du pouls ressemble quelque peu à ce qu'il était à la première période. Dans la démence on constate une faible action du cœur et une circulation torpide, car le stimulant nerveux fait défaut pour le système vaso-moteur. Dans la faiblesse mentale congénitale, dans un cas d'arrêt de développement de l'encéphale, ou lorsqu'il y a atrophie ou dégénérescence du tissu nerveux cérébral, la tension artérielle est forte et la systole cardiaque énergique, comme on l'observe dans la dégénérescence fibreuse des reins et à une période avancée du rétrécissement aortique. DESCOURTIS.

Some abnormal forms of breathing (**Quelques formes anormales de respiration**), par **MICKLE** (*Journal of mental sc.*, *avril* 1886).

La première forme consiste dans le type de respiration de Cheyne Stokes, tel qu'il a été décrit par Mickle chez les aliénés (*British med. journal*, août 1878). Mais il existe deux autres formes qui y ressemblent plus ou moins. Ce sont : la seconde, qui présente le type de respiration de Cheyne-Stokes, sauf que les caractères en sont atténués et que quelques-uns font défaut, et la troisième, où il s'agit bien encore du mode de respiration de Cheyne-Stokes, mais moins la période d'apnée.

Dans cette dernière forme, on observe la même succession de périodes de dyspnée que dans le type de Cheyne-Stokes ; ces périodes, dans leur ensemble, constituent un cycle complet, et la succession de ces cycles produit elle-même le phénomène que Mickle a appelé rythme respiratoire haut et bas « up and down respiratory rhythm ». C'est le phénomène auquel convient seul le nom de « respiration du rythme ascendant et descendant » ; mais comme il est employé pour synonyme de respiration de Cheyne-Stokes on a dû éviter de s'en servir pour échapper à la confusion. Au point de vue clinique, ce rythme respiratoire haut et bas consiste en ceci : la respiration, d'abord faible et peu fréquente, devient, par une progression croissante, plus pleine, plus énergique et de plus en plus fréquente, jusqu'à ce que la dyspnée se produise ; puis elle suit une marche inverse et revient graduellement à ce qu'elle était tout d'abord, après quoi survient une nouvelle période de dyspnée.

D'ailleurs, dans certains exemples, la phase de décroissance est beaucoup plus rapide que la phase d'augment.

Il faut remarquer aussi que cette forme de respiration décrite par Mickle précède ou suit, dans certains cas, la forme typique de respiration de Cheyne-Stokes.

La lésion anatomique qui la détermine est encore incertaine. Mickle en cite huit exemples, dont quatre appartiennent à sa seconde forme (trois paralytiques généraux et un dément), et quatre à la troisième forme (deux paralytiques généraux, un malade atteint de délire de persécution et un autre atteint de méningite tuberculeuse). DESCOURTIS.

Observations on the spinal cord in the insane, par R. STEWART (*Glasg. med. journ., août, septembre, octobre, novembre et décembre* 1886).

L'auteur a pratiqué l'examen histologique de la moelle dans « 5 cas de paralysie générale, 6 cas de démence, 4 cas de mélancolie, 4 cas d'imbécillité avec épilepsie, 1 cas d'imbécillité sans épilepsie ». La durée de la maladie a dans tous ces faits dépassé un an, sauf dans un cas de paralysie générale qui dura 6 mois et un cas de mélancolie qui en dura 10.

Dans chacun de ces cas, l'auteur a trouvé les lésions spinales plus ou moins étendues que voici : pour la paralysie générale, dans 4 cas sur 5, sclérose bilatérale des faisceaux pyramidaux croisés; dans 1 cas, sclérose des zones radiculaires décelée pendant la vie, par le syndrome de l'ataxie; dans 4 cas, sclérose des cordons de Goll; dans 1 cas, sclérose générale de la moelle.

Pour ce qui est des 15 autres faits analysés, la dégénération isolée des cordons de Goll existait dans 1 cas de mélancolie, 1 cas de démence, 1 cas d'imbécillité avec épilepsie. La dégénération totale des cordons postérieurs existait dans 1 cas de démence, dans 1 cas de mélancolie avec sclérose latérale symétrique et dans 1 cas d'imbécillité épileptique. Deux fois on a noté la sclérose combinée des cordons latéraux et postéro-internes. Dans le cas d'imbécillité par hydrocéphalie, il y avait à la fois double sclérose latérale et dégénérescence des cordons de Türck.

Des altérations vasculaires ont été observées dans la substance grise, dans 16 cas sur 20.

La lésion la plus fréquente portait sur les cellules nerveuses de la substance grise centrale, et était caractérisée par le mélange en proportions variables de l'atrophie simple, de la dégénération pigmentaire ou graisseuse.

L'auteur pense que ces diverses lésions des substances grise et blanche de la moelle sont le plus souvent primitives et autonomes; leur processus peut relever soit de l'irritation directe, soit de la dégénérescence, le plus souvent des deux à la fois.

Ainsi se trouve confirmée, dans les psychoses aussi bien que dans les autres maladies cérébro-spinales, la solidarité pathologique et fonctionnelle des divers centres du névraxe. A. CHAUFFARD.

L'amnésie. Étude clinique, par POGGI (*Archivio Italiano per le malatie nervose, p.* 355, *sept.* 1886).

A propos de deux cas d'amnésie, l'auteur discute les différentes opinions qui ont cours et le siège possible de la lésion. Dans un cas, il s'agit de l'amnésie des noms propres et des noms communs (amnésie verbale partielle). Dans l'autre, l'amnésie était totale; voici cette observation.

B..., né de parents sains, avait un cousin et une cousine épileptiques, du côté paternel. Enfant affectueux, docile, timide même, il étudiait avec beaucoup de facilité, et il était relativement en avance pour son instruction, quand il fut pris, à 8 ans, de scarlatine. Pendant la période de desquamation, il eut des symptômes cérébraux qui furent mis sur le compte d'une méningite. Il fut pris d'une fièvre violente, et poussa des cris plaintifs continuels. Les globes oculaires étaient convulsés tantôt à gauche, tantôt à droite; morsures de la langue; congestion vive à la tête. Après une nuit passée dans cet état,

survint de l'abattement, avec inconscience totale, mutisme, émission involontaire des matières fécales et de l'urine : on crut sa mort prochaine. Trois jours après il sembla se réveiller peu à peu, et l'amélioration devint progressive; mais il ne disait rien et il était manifeste qu'il ne reconnaissait personne, pas même ses parents. Pendant deux mois il ne prononça pas une parole : il avait tout oublié de sa vie antérieure. Il commença ensuite par dire : pa, mam. Il ne savait plus manger : tout ce qu'on lui mettait dans la main, bon ou mauvais, il le portait à sa bouche. Lorsqu'il désirait quelque chose, il le montrait de la main. Un jour, ayant été à l'église, il en parut émerveillé : il fit des signes de joie et d'étonnement. Au bout d'un an, il put prononcer quelques mots, puis on l'envoya à l'école, où il dut recommencer entièrement son éducation. Il était alors têtu, insolent, et apprneait ses leçons avec la plus grande difficulté. Ses progrès furent très lents. A 12 ans, il essaya en vain de choisir un métier. Il était paresseux, vicieux, méchant, et restait sourd aux prières et aux menaces. A 14 ans (1884), il eut des attaques épileptiques qui devinrent de plus en plus fréquentes et nécessitèrent son entrée à l'asile. Il en sortit amélioré, puis fut repris des mêmes accidents l'année suivante; les attaques devinrent très fréquentes, le caractère de plus en plus méchant, querelleur, violent. Il fut replacé à l'asile. Il présenta alors le type de l'épileptique avec ses mauvais instincts et un développement intellectuel très inférieur. DESCOURTIS.

Un cas de torpeur cérébrale guérie par l'application de courants galvaniques, par BALL (*Encéphale*, *n*° 2, *p*. 190, 1886).

Un jeune homme, professeur de langues étrangères, était tombé, à la suite d'excès de travail, dans une apathie générale, avec manque d'énergie morale, mélancolie, indécision, et surtout obscurcissement de la mémoire et inaptitude complète au travail intellectuel. — Traitement : galvanisation de la tête; 40 éléments d'une pile Trouvé; pôle positif à la nuque, pôle négatif au front sur la ligne médiane; trois séances par semaine; durée 5 minutes environ. — Le résultat fut excellent ; après 12 applications la guérison était complète ; les facultés intellectuelles devinrent très vives ; la dépression fit même place à un peu d'excitation. DESCOURTIS.

Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche, par A. MAIRET (*Archives de Neurol.*, *vol. XI*, *p*. 129).

B..., 29 ans, était atteint d'une fièvre catarrhale simple, quand une émotion vive le fit tomber en lypémanie, compliquée ensuite d'hallucinations, d'idées de persécution, etc. Puis survint de l'excitation et enfin des alternatives d'excitation et de dépression. Le malade se plaignit alors d'une douleur et de battements siégeant au niveau de la fosse temporale gauche, avec hyperesthésie de l'ouïe, symptôme qui s'était manifesté dès le début de la maladie. Obnubilation intellectuelle, confusion des idées, etc. Un abcès se forme au point où siégeaient les battements et se termine par un écoulement de pus par l'oreille externe. Alors disparaissent les troubles psychiques. Guérison datant de 4 ans. DESCOURTIS.

Cure of insanity by removal of a beard in a woman (Guérison de la folie chez une femme en lui enlevant sa barbe), par SAVAGE (*Journal of mental Sc.*, *p*. 220, *juillet* 1886).

Femme mince, amaigrie, triste et mélancolique, que l'on nourrissait avec une cuillère. Désespérée, elle voulait se tuer, et finit par avouer dans une lettre que tous ses chagrins et son désespoir provenaient de ce qu'elle portait de la

barbe au menton. On lui proposa de l'enlever et de détruire le bulbe des poils par la galvano-puncture. Elle y consentit, et, après avoir été débarrassée petit à petit de sa barbe, elle retrouva du calme, de la confiance, et put enfin retourner chez elle, guérie et décidée à vivre.

Une discussion intéressante sur le même sujet eut lieu à la Société médico-psychologique anglaise, et plusieurs observations analogues furent présentées (voir même journal, p. 297, 298). DESCOURTIS.

Two cases of recovery from chronic insanity (Deux cas de guérison de folie chronique), par Francis LLOYD (*Journ. of mental sc., janvier* 1887).

Dans les deux cas, la maladie datait d'au moins cinq ans, et quand l'amélioration se produisit, elle fut rapide et décisive; la guérison fut complète. Il s'agissait d'aliénés transférés d'autres asiles et qui paraissaient incurables. Pour tous deux, la maladie avait débuté par de la mélancolie, avec tendance marquée au suicide, faisant place, après un espace de temps considérable, à une phase de manie prolongée. — Dans la première observation, concernant un homme de 59 ans, marié, riche, mais qui était tombé malade à la suite d'excès alcooliques, l'absence d'alcool fut insuffisante pour obtenir la guérison : l'aliéné alla mieux à partir du jour où on l'employa à des travaux manuels, auxquels il prit goût subitement. — Dans la seconde observation, il s'agissait d'une femme de 40 ans, célibataire, artiste, dont on attribuait la maladie à des chagrins domestiques. Un jour, se trouvant sur une chaise de jardin, elle voulut se lever subitement, son bras droit se trouva pris entre les barreaux et elle se cassa le radius près du poignet. Immédiatement l'état mental s'améliora, et elle put ensuite quitter l'asile guérie. DESCOURTIS.

Une famille entière atteinte simultanément de démonomanie, par LAPOINTE (*Ann. méd. psych., novembre* 1886).

Une famille, composée de 6 personnes, le père et la mère, deux fils et deux filles, fut prise du même délire et à la même époque. C'étaient des gens rangés, économes, ne faisant jamais abus d'alcool et généralement estimés. Ils étaient seulement hypochondriaques et vivaient dans des idées mystiques. Peu à peu ils arrivèrent à se croire empoisonnés par des sorciers; le diable était dans leurs vêtements; ils le voyaient partout et sans cesse; ils voulaient se faire exorciser, se croyaient damnés et se livraient à une foule de pratiques bizarres; enfin, ils devinrent dangereux, vagabondant, attaquant les passants, et on dût les interner à l'asile. Au bout de quinze jours ils quittèrent l'asile, guéris en apparence. Pendant deux ans, ils vécurent dans la ferme qu'ils exploitaient, puis tout à coup la mère donna le signal du délire, et les mêmes idées reparurent chez tous les membres de la famille. On fut obligé de les interner de nouveau. Or, dans ces deux cas, la contagion du délire a été manifeste, car un autre fils a été épargné, parce qu'il vivait dans un milieu différent : il était soldat. DESCOURTIS.

Étude sur l'amnésie dans la paralysie générale, par BONDON (*Thèse de Paris*, 1886).

L'amnésie apparaît dès la période prodromique de la paralysie générale, et contraste avec l'excitation intellectuelle qu'on observe parfois à ce moment.

Elle ne manque jamais dans la première période de la maladie, qu'il y ait délire ou non. Dans la suite elle s'accroît d'une façon lente et progressive, sauf dans de rares cas de rémission. Elle existe dans toutes les formes de la paralysie générale, se montre tardivement dans la forme

spinale, mais procède par véritables ictus amnésiques dans la forme congestive et à la suite des attaques épileptiformes. Enfin elle est complète et coïncide avec l'abolition de toutes les facultés, lorsque la vie végétative subsiste encore (période d'abrutissement de Foville).

DESCOURTIS.

Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation, par PETIT (*Thèse de Paris*, 1886).

Le développement de la paralysie générale chez la femme amène le plus souvent des troubles dans la menstruation. Ces troubles se caractérisent tantôt par un arrêt subit et définitif des règles, tantôt par une irrégularité notable des époques menstruelles, alors qu'auparavant cette fonction s'accomplissait avec la plus grande régularité.

Lorsqu'au cours d'une paralysie générale chez la femme il survient une rémission, cette rémission paraît avoir pour effet de rétablir la régularité dans les fonctions cataméniales. En outre, les malades qui pendant leur méningo-encéphalite diffuse n'ont éprouvé aucun trouble menstruel, paraissent résister plus longtemps que celles qui ont vu leurs époques se supprimer complètement ou bien devenir irrégulières.

DESCOURTIS.

De la guérison de la paralysie générale et de la théorie des pseudo-folies paralytiques, par BAILLARGER (*Annales méd. psych., janvier* 1887).

La paralysie générale a deux formes principales. Dans la première, on observe dès le début les symptômes essentiels et pathognomoniques de la maladie : la démence et la paralysie. C'est la démence paralytique primitive. Cette forme démente, qu'elle se complique ou non, plus tard, de délire, est toujours incurable.

L'autre forme débute par le délire maniaque ou mélancolique, sans que ce délire ait été précédé ni de démence ni de paralysie ; elle est associée ou non à des symptômes d'ataxie musculaire : c'est la forme vésanique, et c'est à cette forme seule que se rapportent les cas de guérison publiés par les auteurs.

Or, pour Baillarger ces deux formes devraient être considérées comme deux maladies distinctes. L'une est la démence paralytique (c'est la paralysie générale vraie), l'autre est la folie paralytique.

La folie paralytique comprend toutes les formes vésaniques de la paralysie générale, et par conséquent il n'y a pas lieu d'admettre une pseudo-folie paralytique, ni de lui réserver une place spéciale. Il n'y a qu'une seule espèce de folie paralytique, toujours de même nature, et qui tantôt précéderait et tantôt compliquerait la démence paralytique; c'est-à-dire la paralysie générale réduite aux seuls symptômes que tout le monde s'accorde à regarder comme essentiels : la démence et la paralysie.

Les prétendues guérisons de paralysie générale ne sont donc en réalité, que des guérisons d'accès d'une espèce spéciale de folie indépendante de la périencéphalite chronique. Au contraire, la paralysie générale véritable avec périencéphalite est une maladie incurable, dont la terminaison unique est la mort.

DESCOURTIS.

Considérations sur la morphinomanie et son traitement, par ERLENMEYER (*Encéphale*, n° 6, 1886).

Trois méthodes se trouvent en présence lorsqu'il s'agit de soustraire un morphinomane à l'action du poison : ce sont la suppression brusque, la suppression graduée ou lente et la suppression rapide (demi-lente).

Selon l'auteur, la suppression graduée ou lente doit être absolument rejetée parce qu'elle prolonge le supplice du malade sans aucune chance de le guérir.

La suppression brusque (méthode de Lewinstein) entraîne beaucoup de dépenses, une installation spéciale et une surveillance ininterrompue ; elle compromet souvent la vie du patient, et doit être également rejetée.

On doit aussi s'abstenir de combattre un empoisonnement par un autre et de substituer à la morphine la cocaïne par exemple, car la cocaïnomanie est plus terrible encore que la morphinomanie, et, si l'on fait prendre les deux substances en même temps, on crée une morphino-cocaïnomanie dont le pronostic est plus défavorable que celui de la morphinomanie simple.

Il ne reste donc plus que la méthode rapide ou demi-lente (méthode de Lewinstein modifiée) qui conduit sûrement à la guérison et qu'Erlenmeyer adopte complètement. DESCOURTIS.

Beobachtungen über die Trunksucht und ihre Erblichkeit (Observations sur l'ivrognerie et sur sa transmission héréditaire), par J. THOMSEN (*Archiv f. Psychiat. u. Nervenkrank., Band XVII, Heft* 3, *p.* 526, 1886).

Thomsen défend cette thèse que l'ivrognerie, comme tout autre penchant, peut, par le fait d'une exagération passionnelle, passer à l'état de véritable psychose, transmissible par voie d'hérédité. Cette passion pour les boissons enivrantes se présente à notre observation sous deux formes distinctes, suivant qu'elle est habituelle, continue, ou intermittente (dipsomanie). Il existe des formes intermédiaires. La forme continue aboutit rapidement à la dégénérescence des facultés intellectuelles et des aptitudes corporelles, et à la mort par delirium tremens ou par une maladie intercurrente. Au contraire, le dipsomane, qui peut, jusqu'à un certain point, être mis en parallèle avec l'épileptique, conserve toute sa vigueur corporelle et intellectuelle, dans l'intervalle des accès de dipsomanie, et il peut atteindre un âge très avancé. C'est cette seconde forme surtout qui est susceptible d'être transmise par hérédité, ainsi qu'en témoignent quelques exemples relatés par l'auteur et qui mettent en relief certains traits propres au caractère moral du dipsomane. La prédisposition héréditaire à l'ivrognerie peut se transmettre directement d'une génération à la suivante, ou sauter une ou deux générations. Il est beaucoup plus rare qu'elle se transforme en épilepsie ou autre tare constitutionnelle.

En quelques lignes, l'auteur s'occupe ensuite de la différence des effets de l'abus de l'alcool et de l'abus de l'opium. E. RICKLIN.

I. — Traitement de la dipsomanie par la strychnine, par N. POPOFF (*Wratch.* n° 10, 1886).

II. — La strychnine dans le traitement de l'alcoolisme, par A. PARTZÉVSKY (*Méd. Obosr.*, n° 15, 1886).

I. — Dans deux cas de dipsomanie, Popoff se servit avec succès d'injections hypodermiques d'azotate de strychnine à la dose de 1 à 2 milligrammes. Les premières injections firent avorter les accès de dipsomanie, tandis que les injections ultérieures supprimèrent les différents troubles subjectifs et prévinrent les nouveaux accès.

II. — Dans 9 cas d'alcoolisme chronique (avec ou sans delirium tremens), l'auteur a obtenu dans 7 un très bon résultat au moyen d'injections hypodermiques d'un demi-milligramme d'azotate de strychnine deux fois par jour. Cessation rapide de l'insomnie, des hallucinations, du trémor, du sentiment de la peur et du besoin de s'enivrer; amélioration non moins rapide du facies et de l'état général. Le nombre des injections nécessaires à la guérison variait entre 4 et 8. Dans un cas seulement, il fallut faire 15 injections. W. HOLSTEIN.

Contribution à la thérapeutique de l'alcoolisme aigu, par GLINSKY (*Russkaïa Med.*, n° 30, 1886).

Dans les cas graves d'alcoolisme aigu, Glinsky se sert avec avantage du procédé de Hamilton, modifié. Au lieu de faire, comme Hamilton, des injections d'ammoniaque dans la veine médiane céphalique, Glinsky emploie des injections hypodermiques d'un mélange de 1 partie de liqueur d'ammoniaque et de 2 à 6 parties d'eau, suivant la gravité du cas. On fait suivre l'injection d'une friction, pendant une à deux minutes, à l'endroit de la piqûre. Puis on procède au lavage de l'estomac, au moyen de l'appareil de Hegar. W. HOLSTEIN.

Ueber einige nach epileptischen und apoplectischen Anfaellen auftretenden Erscheinungen (Sur quelques manifestations consécutives aux attaques d'apoplexie et d'épilepsie), par FÜRSTNER (*Arhiv. f. Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 2, *p.* 518, 1886).

Ce sont les attaques apoplectiques survenant dans les cas de paralysie générale que l'auteur a en vue dans son travail. Il rappelle qu'antérieurement, il avait signalé comme une manifestation possible consécutive à ces attaques apoplectiques une cécité d'origine corticale unilatérale. Des observations assez nombreuses l'ont corroboré depuis dans cette manière de voir. Cette cécité corticale coïncidait avec une parésie motrice et un certain degré d'analgésie du côté correspondant; il y avait en outre abolition du clignement de ce même côté quand on approchait un doigt de l'œil. La cécité se dissipe en général avant la parésie motrice. Elle peut être bilatérale, mais alors elle est plus prononcée d'un côté que de l'autre. Elle paraît être fréquente surtout dans les cas où la lésion corticale se complique d'une dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

Comme autre manifestation consécutive aux attaques apoplectiques et épileptiformes de la paralysie générale, Fürstner mentionne des troubles vaso-moteurs, occupant presque toujours les deux moitiés du corps,

sous forme d'une rougeur intense, qui peut apparaître spontanément, ou à la suite d'irritations mécaniques, plus rarement sous forme d'exosmose séreuse, de plaques ortiées.

L'état des réflexes tendineux est variable à cause de la coexistence fréquente de lésions cérébrales et spinales. A la suite d'une attaque apoplectique, le réflexe patellaire peut être aboli pour quelque temps du côté où siège la parésie motrice, ce qui arrive surtout quand il existe une dégénérescence simultanée des cordons postérieurs et des cordons latéraux. D'autres fois, les réflexes tendineux sont exagérés d'un côté plus que de l'autre.

Chez les épileptiques, avec inégalité persistante des pupilles, Fürstner a observé une augmentation considérable du diamètre pupillaire, précédant quelquefois l'attaque, plus souvent la suivant.

En fait de troubles post-épileptiques de la parole, il signale la bradylalie et la bradyarthrie, qui peuvent persister indéfiniment dans les cas graves. Chez trois malades, Fürstner a observé le bégayement à titre de manifestation post-épileptique; chez l'un d'eux le bégayement persista en dernier lieu.

Pendant la période de coma et de folie post-épileptique, on voit souvent les muscles d'une moitié du corps ou d'un membre agités par des secousses cloniques à caractères particuliers, ou encore par des secousses fibrillaires limitées à un ou plusieurs muscles; on peut observer encore, à titre transitoire, de l'hémichorée ou de l'hémiathétose. Ces troubles moteurs peuvent se rencontrer à un moment où les malades ont de nouveau conscience d'eux-mêmes, tandis que ses mouvements plus compliqués, impliquant un certain degré de coordination (mouvements de préhension, enroulement de la moustache entre les doigts, etc.), ne s'observent que pendant la période où le sensorium est plus ou moins aboli. Fürstner confirme ce que Zacher a dit de l'exagération subie par les troubles moteurs, tantôt spontanément, tantôt quand on veut entraver les mouvements exécutés par les malades. Il s'agit en somme de manifestations en rapport avec une irritation de la substance corticale (zone motrice).

Pour ce qui est de la folie post-épileptique, décrite par Samt, elle s'observe également dans le cours de la paralysie générale à la suite d'accès apoplectiques, et dans le cours d'autres lésions organiques du cerveau.

Enfin les attaques sont quelquefois suivies d'une période d'aphasie, ou d'une période pendant laquelle le souvenir des images fournies par le sens de la vue est partiellement effacé. E. RICKLIN.

I. — Ueber eine neue Methode der Lagerung..... (Nouveau procédé de couchage pour les malades paralysés et gâteux), par W. SANDER (*Berliner klinische Wochenschrift, XXI*, n° 41, *p.* 651).

II. — Weidenrinde als Füllung der Bettstellen (Emploi de l'écorce de saule comme matériel de literie chez les aliénés gâteux), par PÜTTER (*Idem. n°* 47, *p.* 750).

I. — A l'asile d'aliénés de Dalldorf, on emploie comme matière de couchage des malades malpropres, la laine de bois telle qu'on s'en sert en

chirurgie. On n'interpose pas de toile de caoutchouc et les aliénés sont couchés tout nus, parce que la chemise, en se plissant, favorise la production des escarres. Quinze à vingt kilogrammes de laine de bois sont empilés sans toile d'enveloppe, de façon à faire une couche d'un quart de mètre de hauteur. Cette couche est fraîche, molle, élastique; elle se moule exactement sur le corps, absorbe très bien l'urine et prévient les escarres.

II. — A l'asile d'aliénés de Stralsund, on a eu recours pour coucher les gâteux à une matière sans valeur, l'écorce de saule, provenant de la décortication des baguettes d'osier employées en vannerie. L'écorce de saule, outre qu'elle est un désodorant puissant, a sur la paille l'avantage de ne laisser aucune empreinte sur la peau du dos. Au préalable, on la fait sécher et l'on en enlève toutes les parties dures, ou bien, on les assouplit par un battage. Après une expérience de 6 mois, Pütter conseille vivement l'emploi de ce mode de couchage et recommande même, à cet effet, la plantation d'oseraies, aux grands asiles qui disposent d'un terrain humide. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — Transfusion mit einer Natronhydrat-Kochsalz-Zuckerlösung (Transfusion avec une solution sucrée d'hydrate et de chlorure de sodium), par GAULE (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 15, *p.* 428, 1er *août* 1886).

II. — Klinische Erfahrungen mit der Salzwasser-Infusion nach Schwarz (Résultats cliniques de transfusions d'eau salée suivant la méthode de Schwarz), par KRŒNLEIN (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte* n° 15, *p.* 429, 1er *août* 1886).

III. — Zur Blut-Transfusion, par J.-M. LUDWIG (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 17, *p.* 491, 1er *septembre* 1886).

IV. — Darf die Transfusion, etc., par KLOPSTECH (*Deutsch. Milit. Zeit.*, *p.* 441 *et* 538).

I. — 1° Partant des expériences de Landerer (*R. S. M.*, XXVIII, 612) sur l'insuffisance de la solution d'hydrate et de chlorure sodiques en cas d'hémorragies considérables, Gaule a pensé pouvoir expliquer le fait en admettant, qu'après le rétablissement de la circulation par la transfusion, les restes de sang que l'opération amène aux tissus ne sont plus capables de les nourrir, parce que, dans la masse sanguine ainsi augmentée, il n'ont plus la concentration nécessaire. Dans des expériences faites avec Landerer, il a obtenu des résultats très satisfaisants en ajoutant au liquide transfusé, comme élément nutritif, 3,5 0/0 de sucre de canne. Chez les grenouilles et les chiens, il a constaté une rapide régénération des globules rouges. Un chien, qui avait perdu en fait de sang 5,5 0/0 du poids de son corps, avait récupéré déjà, au bout de huit jours, le chiffre originel de ses hématies; la moyenne d'augmentation quoti-

dienne avait été de un demi-million par millimètre cube. A Zurich, Gaule a répété l'expérience, avec le même résultat, chez une chienne pleine, qui mena néanmoins sa grossesse à terme. La solution, préalablement stérilisée par l'ébullition, est chauffée à 40° et injectée dans la veine jugulaire.

2° Des expériences faites avec Goltz, de Strasbourg, avaient montré qu'au début de la diastole, il existe dans le ventricule du cœur des Mammifères une pression négative considérable. Se rappelant les recherches de Fr. Hesse sur la disposition des fibres musculaires cardiaques, Gaule a eu l'idée que la cause de la pression négative devait être cherchée dans la dilatation de l'aorte, après la fermeture des valvules. Les fibres musculaires du ventricule prennent naissance sur l'anneau fibreux de l'aorte et entourent ensuite en spirales le ventricule. Au moment où cet anneau se trouve dilaté par la réplétion du sinus aortique, il se produit un déplissement des points d'attache musculaires et, partant, un déroulement des spirales.

II. — 1er cas. Grossesse extra-utérine; rupture du sac dans l'intestin avec entérorragies menaçantes pour la vie. Guérison à la suite de la transfusion d'eau salée.

2e cas. Fièvre typhoïde avec hémorragies par toutes les voies. Transfusion infructueuse de 1,200 grammes de liquide.

Même insuccès dans 4 cas d'anémie aiguë à la suite de traumatismes.

III. — Homme de 30 ans, atteint d'ulcère gastrique, d'hématémèses et d'entérorragies répétées coup sur coup. Craignant une issue fatale, Ludwig et Honegger ne prirent pas le temps de défibriner le sang emprunté à un jeune homme, et ils firent la transfusion dans l'artère radiale, à l'aide d'une canule de Pravaz, dont le bout avait été émoussé : ils injectèrent 100 grammes de sang à 37°.

Immédiatement après l'opération, le malade put causer, et il exprima son contentement de n'avoir plus de bourdonnements d'oreilles et de pouvoir relever la tête sans étourdissements. Les jours suivants, le collapsus et les hémorragies ne reparurent pas, mais il y eut un délire apyrétique. Onze ans se sont écoulés dès lors, et l'homme est parfaitement guéri de son ulcère.

J. B.

IV. — Klopstech préconise la solution saline de Koch, moyen innocent, de pratique facile, et qui a déjà fait ses preuves. MAUBRAC.

I. — Note sur les tumeurs sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur, par LANNELONGUE (2e *Congrès franc. de chir.*, *Rev. de chir.*, *novembre* 1886).

II. — Venous blood tumours of the cranium in communication with the intra-cranial circulation, par W.-M. MASTIN (*Journ. of americ. med. Assoc.*, *VII*, *n°* 12, 1886).

III. — A case of pulsating tumour of the head (tête), par F. TREVES (*Brit. med. journ.*, *p.* 721, *octobre* 1886).

IV. — Zur Casuistik der Geschwülste am Kopfe (Tumeurs de la tête), par Fritz SALZER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXIII*, *n°* 1, *p.* 134).

V. — Ein neuer Beitrag zur Lehre von den schadel... (Des lésions traumatiques du cerveau et de la moelle), par von BECK (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXIV*, *Heft* 1 *et* 2).

VI. — Brain surgery (Chirurgie du cerveau), par Victor HORSLEY (*Brit. med. journ., p.* 670, *octobre* 1886).

VII. — Disjonction des sutures du crâne chez les enfants, par LANNELONGUE (2e *Congrès français de chir.*).

VIII. — Two cases of compound depressed fracture (Deux cas de fracture du crâne avec enfoncement, trépanation; guérison), par DREW (*Lancet*, 8 *mai* 1886).

IX. — Deux cas de trépanation, par VASLIN (2e *Congrès franç. de chir.*).

X. — Trephining over the motor area of the brain (Trépanation dans l'aire motrice du cerveau), par W.-B. MACKAY (*Edinb. med. journ., vol.* 374, *p.* 125).

XI. — Intracranial hemorrage (De l'hémorragie intracranienne d'après l'examen de 143 cas), par F. FORMAD (*Path. Soc. of Philad.,* 25 *mars* 1886).

I. — Lannelongue a eu l'occasion d'observer une tumeur de cette nature, et il a réuni 21 observations analogues. De ces faits il conclut qu'on observe, sur la voûte du crâne, deux variétés de tumeurs sanguines communiquant avec le sinus longitudinal supérieur.

1° Les unes sont d'origine traumatique et consécutives à l'ouverture du sinus, ou tout au moins des veines émissaires à proximité du sinus. Le défaut d'oblitération de ces vaisseaux permet à l'hématome épicranien de rester en communication avec le sinus. — Ces tumeurs, dans lesquelles existe une circulation véritable, se rapprochent des anévrismes. On pourrait leur appliquer le nom d'anévrismes veineux traumatiques;

2° La seconde variété correspond à l'angiome proprement dit : elle est d'origine congénitale et se montre plus fréquemment que la précédente;

3° Au point de vue thérapeutique, les indications paraissent différentes. Dans l'hématome traumatique, on doit s'abstenir de toute intervention opératoire. La compression directe, qui n'a jamais été préconisée ni employée, paraît être la méthode à essayer.

Dans les angiomes, il faut s'abstenir d'intervention, s'ils sont petits et stationnaires. S'ils sont volumineux et progressifs, l'extirpation est la méthode de choix. PIERRE DELBET.

II. — Les tumeurs veineuses du crâne, en communication avec la circulation intracranienne, et en particulier avec les sinus de la dure-mère, se classent en congénitales, spontanées et traumatiques.

Chacune de ces classes peut se diviser en deux variétés : 1° forme diffuse, produite par la perforation de la paroi cranienne et de la paroi du sinus sous-jacent, formant une extravasation limitée de sang au-dessous de la voûte et un kyste sanguin en communication directe ou immédiate avec le sinus; cette forme, la plus rare, est la caractéristique des tumeurs spontanées ou traumatiques; 2° forme veineuse ou vasculaire, dans laquelle la tumeur se développe aux dépens des parois veineuses du sinus, des veines émissaires, des vaisseaux diploïques : le cas le plus ordinaire est le développement variqueux des veines émissaires; ce type, très fréquent dans la forme congénitale, s'observe souvent aussi dans la forme spontanée.

La communication avec la circulation intracranienne se fait par le sinus longitudinal supérieur à ses parties moyenne et postérieure : quand le diploé est atteint, le siège ordinaire de la tumeur est la région

frontale; il n'y a pas d'exemple d'une semblable tumeur occupant la région occipitale.

Dans toutes les observations de tumeurs congénitales dont la nature a pu être déterminée par la dissection, la lésion avait son origine apparente dans une altération morbide de la paroi de la veine elle-même, hypertrophie veineuse et phlébectasie.

L'origine des tumeurs spontanées paraît être l'action des glandes de Pacchioni, érodant la voute osseuse, ou bien une forme de résorption osseuse, d'ostéite raréfiante; très rarement on peut invoquer les varices des veines émissaires.

Dans le dernier groupe, le traumatisme blesse directement la paroi du sinus, soit par un fragment osseux, soit par l'instrument qui a causé la fracture et atteint le sinus; la séparation violente des fragments de l'os fracturé, la disjonction des sutures, peuvent aussi entraîner la déchirure du sinus.

Dans sa forme diffuse, la tumeur est en communication avec le sinus par une perforation de production ou formation anormale, unique, de volume modéré, à contour irrégulier, et directe; dans la forme veineuse, érectile, la communication se fait très souvent par une ouverture normale du crâne, variable de volume et de nombre, de forme définie, à trajet indirect. Mais il est des exceptions : on peut observer de l'ostéite raréfiante avec participation des vaisseaux diploïques. La nature, la marche de la lésion exigent rarement l'intervention; le mode opératoire varie selon la forme diffuse ou érectile de la tumeur.

Dans le cas du type diffus ou d'une varice du sinus, on dénudera et liera le pédicule (s'il existe), ou bien, si c'est nécessaire, on liera le sinus, après avoir, à l'aide du trépan, découvert un espace suffisant pour les manipulations nécessaires : la ligature latérale, la suture du sinus, quand elles seront possibles, devront être préférées à la ligature totale.

Si la tumeur est composée de veines émissaires variqueuses, ou de dilatations diploïques, l'étranglement de la base et mieux l'électro-puncture sont les procédés à employer.

Telles sont les principales conclusions que tire l'auteur de l'examen de plus de 30 faits qu'il a réunis et rapportés, la plupart avec tous leurs détails. MAUBRAC.

III. — Garçon de 17 ans, souffrant depuis un an de céphalée, de vertiges et de vomissements. Les deux carotides, ainsi que les jugulaires, sont dilatées ; les artères de la face sont le siège d'un thrill très accentué ; les vaisseaux du crâne sont distendus; le côté droit de la face est plus développé que le côté gauche ; l'œil droit plus proéminent que le gauche; il existe du nystagmus et de la diplopie. Sur la région mastoïdienne, se voit un anévrisme cirsoïde d'un caractère spécial; le crâne, au point correspondant, semble usé et traversé par de nombreux canaux. Une seconde tumeur pulsatile existe au niveau de l'occiput; elle est veineuse et communique, par une fissure osseuse, avec le sinus longitudinal supérieur : elle n'est point le siège du thrill.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale du système veineux du crâne, d'une sorte de tumeur érectile. H. R.

IV. — Salzer publie deux cas de tumeurs rares de la tête. Le premier est un tératome du tissu frontal. La tumeur congénitale s'accrut considérablement de 12 à 18 ans et atteignit le volume d'un œuf d'autruche. Son pédicule était situé entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil. En ce point,

on sentait une dépression osseuse, qui fit croire que la tumeur avait une origine intracranienne. La malade qui portait cette tumeur présentait, en outre, un bec-de-lièvre et une fente palatine totale. En réalité, elle avait pris naissance, ainsi qu'on put le reconnaître lors de l'extirpation, dans le tissu frontal, et elle ne présentait aucun prolongement intracranien. Elle était formée en grande partie de tissu graisseux, avec quelques fibres lisses. On y trouvait encore des kystes de volume variable, revêtus d'épithélium cylindrique ou cubique et, en outre, deux petits os sans cartilage. L'adhérence du pédicule de la tumeur avec le tissu frontal força à admettre le diagnostic de tératome développé durant la naissance dans le sinus, mais dans le sinus anormalement préformé, car on sait qu'il ne se développe d'ordinaire qu'après la naissance.

Le second est un ostéome de la peau, chez une femme de 23 ans. La petite tumeur, du volume d'un mark, siégeait dans le cuir chevelu au niveau de la suture fronto-pariétale. Elle était mobile et sans aucune adhérence profonde. Après l'extirpation, l'examen permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un athérome de la peau. L'os ne s'étendait pas dans le tissu sous-cutané. Il était perforé de place en place par des bulbes pileux et par les conduits excréteurs des glandes. PIERRE DELBET.

V. — Ce volumineux mémoire de 150 pages contient 182 observations détaillées, suivies chacune de commentaires; matériel considérable, mais fort peu élaboré.

Relativement aux lésions cérébrales, von Beck réserve le nom de contusion cérébrale aux cas où la substance cérébrale est directement lésée, soit par l'agent vulnérant, soit par un fragment osseux déplacé. Il range, sous le nom de commotion compliquée, les cas d'infarctus, d'hémorragies capillaires, etc., produits à distance par déchirure vasculaire. Les faits qu'il a observés ne lui font pas accepter les localisations corticales au sens étroit du mot; il admet l'existence de régions dans lesquelles viennent se terminer certaines fibres conductrices, mais dont une lésion limitée n'empêche pas le fonctionnement, grâce aux nombreuses anastomoses qui l'unissent aux parties voisines.

A noter, parmi les observations qu'il rapporte, deux cas d'épilepsie et un cas de chorée survenues tardivement après des commotions cérébrales simples ou compliquées, sans fracture.

L'étude des traumatismes de la moelle est faite assez soigneusement au point de vue des modifications du tableau symptomatique, qui résultent de la hauteur à laquelle se fait la lésion. L'auteur discute à ce propos la position de différents centres médullaires.

Comme traitement des traumatismes médullaires, il faut s'attacher à éviter les complications souvent mortelles, les escarres, la cystite et la myélite. L'usage d'un matelas d'eau et les lavages avec une solution alcoolique pourront le plus souvent prévenir les escarres. La cystite sera éloignée par des cathétérismes fréquents et antiseptiques, avec des lavages au besoin; en cas de paralysie vésicale, il faut s'abstenir des stimulants locaux et généraux qui peuvent provoquer l'inflammation de la vessie et des reins.

Pour éviter la myélite, il faut s'abstenir d'explorations répétées, immobiliser le malade en bonne position, le calmer avec la morphine, veiller à l'évacuation du rectum et de la vessie, et particulièrement se garder des manœuvres de réduction, en cas de fracture ou de luxation. Les déformations se réduisent souvent d'elles-mêmes et l'on peut aider

plus tard à leur réduction, avec moins de péril pour le malade. Il faut éviter pendant longtemps à la moelle intéressée, même légèrement par un traumatisme, toute secousse matérielle ou fonctionnelle, qui pourrait déterminer une myélite, directement ou par l'intermédiaire d'une névrite ascendante. MAURICE HACHE.

VI. — Horsley trace les règles à suivre pour la chirurgie opératoire de l'encéphale; il indique la façon dont on doit endormir le malade, faire l'incision des téguments, trépaner le crâne, etc.

Trois faits cliniques sont la justification de l'intervention chirurgicale en pareille circonstance.

Obs. 1. Garçon de 22 ans, ayant subi, à l'âge de 7 ans, un traumatisme grave avec fracture du crâne, et devenu sept ans plus tard épileptique. On sentait sur la région pariétale du crâne une dépression correspondant à la circonvolution frontale ascendante. Les attaques d'épilepsie débutaient par le membre inférieur, d'où elles s'étendaient au membre supérieur; elles entraînaient une véritable hémiplégie.

L'opération consiste à enlever tout l'os autour de l'ancienne dépression; la peau et les méninges formaient une seule masse fibreuse adhérente.

La cicatrice cérébrale était vasculaire, un peu jaunâtre. Elle fut réséquée, ainsi que la portion du cerveau adjacente, sur une longueur de 3 centimètres et sur une épaisseur de 2 centimètres. La plaie guérit en huit jours; immédiatement après l'opération, il y eut une paralysie motrice et sensitive du poignet et des doigts de la main droite; tous les symptômes disparurent au bout de deux mois, et les crises épileptiques cessèrent définitivement de se produire.

Obs. 2. Homme de 20 ans, atteint de crampes du pouce et de l'index gauches, en janvier 1884. Deux mois plus tard, attaque épileptiforme commençant par le pouce, avec perte de connaissance. A partir de ce moment, crises épileptiques incessantes jusqu'en décembre 1885, époque de son admission à l'hôpital, commençant toujours par le côté gauche, puis gagnant la face et finalement s'étendant à droite.

Les allures de ces crises firent diagnostiquer une lésion corticale localisée vers la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. On décida une opération exploratrice. Une couronne de trépan fut appliquée au point soupçonné, et, en soulevant la dure-mère, on aperçut une tumeur adhérente. L'os fut réséqué sur une plus grande surface, pour mettre à nu la totalité de la tumeur, et celle-ci fut enlevée intégralement, y compris les portions de l'encéphale contiguës, qui semblaient hyperémiées et malades. Les vaisseaux de l'encéphale qui donnaient du sang furent liés et la plaie hermétiquement recouverte. Les 5/6 de la plaie se réunirent par première intention. Le sixième se nécrosa légèrement et se couvrit secondairement de bourgeons charnus.

Les suites immédiates de l'opération furent une paralysie motrice partielle du côté gauche de la face, ainsi qu'une monoplégie complète du bras et de l'épaule gauche : sensibilité fort diminuée. La guérison survint graduellement au bout d'un mois, sans retour de l'épilepsie. La tumeur fut reconnue pour être tuberculeuse.

L'Observation 3 concerne un jeune homme qui avait eu, à la suite d'une chute de cheval, une dépression des os du crâne; il était devenu épileptique. L'opération fut faite dans l'hypothèse d'une lésion du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante pour chaque crise (l'anse était abdominale). La plaie fut complètement guérie en quatre jours; une semaine plus tard seulement, il y eut une paralysie légère de tout le membre supérieur droit, qui disparut progressivement. H. R.

VII. — Lannelongue a observé, chez un enfant de 3 ans, une fracture siégeant sur la ligne médiane et dont le trait principal occupait le siège de la suture médio-frontale. Il possède, en outre, les pièces de deux fractures multiples du crâne, accompagnées de disjonction des sutures. En somme, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, la disjonction des sutures du crâne n'est pas plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, dans les grands traumatismes du crâne. En outre, la suture médio-frontale peut être entièrement désunie, sans qu'il y ait d'autres fractures.

Que deviennent les fissures craniennes des enfants? Tantôt elles s'élargissent, par suite du développement excentrique des os du crâne, tantôt, au contraire, elles diminuent avec les progrès de l'âge.

PIERRE DELBET.

VIII. — 1er *cas.* Homme de 42 ans, atteint d'un coup de pied de cheval dans la région fronto-pariétale gauche; fracture comminutive avec enfoncement des fragments, déchirure des méninges et issue de matière cérébrale; hémiplégie flasque du côté droit. Pas d'aphasie, ni de perte de connaissance. Trépanation ; nettoyage de la plaie, enlèvement des fragments et de plus de 15 grammes de substance cérébrale désorganisée ; pansement antiseptique. Pas de complications; pas même de vomissements. Retour des mouvements de flexion de la jambe le 13e jour et des mouvements d'extension le 25e. Mouvements du bras complètement rétablis au bout de huit semaines, dans le même ordre que ceux de la jambe.

2e *cas.* Homme de 45 ans, frappé au front par un marteau du poids de 16 livres; fracture étendue avec enfoncement de la bosse frontale droite; hémorragie nasale et ecchymose énorme de la paupière droite. Pas de perte de connaissance, ni de paralysie. Trépanation; relèvement de l'os enfoncé (dont l'épaisseur dépassait un centimètre); suture des parties molles et pansement antiseptique. Après l'opération, vomissement considérable de sang altéré (probablement dégluti pendant l'anesthésie). Le lendemain et les jours suivants : diplopie, surdité complète de l'oreille droite; anesthésie de la face dans le domaine du nerf sous-orbitaire. Guérison rapide; la surdité et la diplopie avaient complètement disparu au bout de trois semaines; sensibilité sous-orbitaire à peu près revenue; aucun trouble mental. H. BARTH.

IX. — Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant, qui, à la suite d'une fracture du crâne, présenta des accidents épileptiques. On fit la trépanation et l'extraction du séquestre. La guérison fut complète.

Le second malade avait fait une chute sur la région pariéto-occipitale droite. Il présenta à la suite différents phénomènes de compression cérébrale. L'extraction d'un séquestre mit à découvert une collection purulente qui fut évacuée. Tous les accidents cessèrent immédiatement. PIERRE DELBET.

X. — Deux cas : dans le premier, abcès intra-orbitaire, ouvert par incision, puis phénomènes de compression cérébrale; état comateux et hémiplégie du côté opposé. On trépane dans la région temporale. Après incision de la dure-mère, écoulement d'une petite quantité de pus; légère amélioration momentanée de l'état du malade. A l'autopsie, on trouve une nappe de pus à la surface des circonvolutions ascendantes, dans leurs deux tiers inférieurs.

Dans le second, il s'agit d'un homme de 63 ans qui, 14 ans auparavant, avait reçu un morceau de charbon de terre sur le côté droit de la tête et avait éprouvé ensuite une légère diminution de la vue dans l'œil correspondant. Sept semaines avant son entrée, il tombe dans un escalier et se fait une plaie au même endroit. Perte de la conscience pendant plusieurs jours. Au moment de l'entrée, on constate de la parésie du membre inférieur droit, surtout de la jambe, avec diminution de la sensibilité. Le réflexe rotulien était nota-

blement augmenté du même côté. Affaiblissement de la vue dans l'œil gauche. Les deux cicatrices se trouvent juxtaposées un peu au-dessus des bosses pariétales. On trépane à la partie postérieure de la cicatrice du côté gauche. L'incision de la dure-mère donne is ue à de la sérosité. Amélioration et guérison. La diminution de la vue du côté même de la lésion est attribuée par l'auteur au contre-coup. Il y avait un staphylome postérieur des deux côtés et de l'atrophie optique. A. M.

XI. — Formad a examiné 143 pièces qui lui ont permis de conclure ainsi :

Située au-dessus de la pie-mère et au-dessous de la dure-mère, l'hémorragie est toujours due au trauma ou au coup de soleil; sur le plancher du 4e ventricule, toujours elle est traumatique, pourvu qu'il n'y ait point de caillots dans les ventricules latéraux ou ailleurs.

L'hémorragie qui siège exclusivement au-dessous de la pie-mère, ou dans une partie quelconque du cerveau, ou dans les ventricules, (le 4e excepté), est toujours due à une maladie des vaisseaux cérébraux.

Dans le cas de traumatisme, le caillot n'est point trouvé au point d'application de la violence, mais sur le côté opposé du cerveau, toujours dans l'arachnoïde, c'est-à-dire entre la pie-mère et la dure-mère. — S'il y a fracture du crâne, au point d'application de la force, on trouve un caillot entre la dure-mère et la paroi fracturée du crâne. Les deux lésions (caillot au point frappé et au point opposé), peuvent coexister. MAUBRAC.

A case of punctured wound of the left orbit, followed by aphasia; recovery, par POPE et GODLEE (*The Lancet*, 19 *juin* 1886).

Un homme de 27 ans reçoit, dans une querelle, un coup de parapluie au niveau de l'orbite gauche; l'extrémité pointue pénètre profondément dans l'angle interne de l'œil, se dirigeant obliquement en haut et en dehors, à une profondeur de plus de 4 centimètres. Au moment de l'accident, perte de connaissance et vomissements; le lendemain, retour du sentiment, pas de paralysie appréciable; mais, au bout de 24 heures, agitation et délire. Le troisième jour, aphasie motrice manifeste : le malade ne peut prononcer que quelques monosyllabes dont il se sert à tout propos. Même état les jours suivants; irritabilité et agitation; l'aphasie persiste, mais le malade retrouve quelques mots. Le sixème jour, attaques répétées de convulsions épileptiformes, débutant par la mâchoire inférieure et le bras droit, puis gagnant la jambe droite et ensuite les membres du côté opposé; dans l'intervalle des accès, pouls régulier à 80, pupilles normales, pas de paralysie des yeux, de la face ni des membres, sensibilité normale; réflexes difficiles à éveiller; intelligence assez obtuse; le malade répond oui ou non aux questions qu'on lui pose et marmotte quelques mots inintelligibles; il ne peut écrire. On agite la question du trépan; on y renonce à cause de la position de la blessure, et on se borne à appliquer un drain de petit calibre et un pansement antiseptique; glace sur la tête. Les convulsions jacksonniennes continuent à se reproduire jusqu'au dixième jour, avec des alternatives d'agitation et de somnolence comateuse; la température varie entre 38 et 39°, le pouls entre 64 et 80. A dater du onzième jour, amélioration rapide : les convulsions cessent, l'intelligence redevient entière. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit; il écrit son nom sans hésitation; l'aphasie disparaît en grande partie; cependant il se trompe encore souvent de mot. Le dernier symptôme persiste en s'atténuant jusqu'aux environs du trentième jour. Guérison complète, du reste. — Les auteurs attribuent les symptômes observés à une blessure de la circonvolution de Broca, avec légère poussée de méningo-encéphalite consécutive. H. BARTH.

I. — Ein Neurom der Erbschen Plexuswurzeln (Un névrome des racines de Erb du plexus brachial), par ROSE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXIV, Heft* 3 *et* 4).

II. — Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par F. LAGRANGE (In-8°, *p.* 222, *Paris*, 1886).

III. — Stretching of the facial nerve (Élongation du nerf facial), par W. KEEN (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 554, 15 *mai* 1886).

IV. — Neuer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des Nervus facialis bei Facialiskrampf (Sur les résultats de l'élongation du nerf facial dans les cas de spasme mimique), par M. BERNHARDT (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XV, Heft* 3, *p.* 777).

V. — A case of spasmodic wryneck (Torticolis spasmodique, résection d'une portion du nerf spinal accessoire), par Charles BALLANCE (*St Thomas's hosp. Rep., XIV, p.* 95).

VI. — Puncture of the nerve sheath in sciatica (Ponction du névrilème dans la sciatique), par J. FAYRER (*The Practitioner, avril* 1886).

VII. — Secundary suture of the ulnar nerve, with rapid return of sensation, par SHEPHERD (*Med. chir. Soc. of Montreal*, 3 *décembre* 1886).

VIII. — Suture of sciatic nerve, par RODDICK (*Med. chir. Soc. of Montreal*, 3 *décembre* 1886).

I. — Rose expose et analyse avec soin un cas de névrome des branches postérieures des 5e et 6e paires cervicales, dont l'ablation, qui nécessita la résection des racines en question du plexus brachial, réalisa le type curieux de paralysie étudié par Erb. Cette paralysie porte sur les muscles du bras et de l'épaule, de sorte que tous les mouvements du bras sont abolis tandis que ceux de la main sont conservés, sans trouble de sensibilité du membre supérieur.

L'analyse minutieuse du cas de Rose semble justifier l'opinion de Féré sur la distribution des racines du plexus brachial (*Arch. de Neurol.*, 1883), distribution qui présenterait certaines différences individuelles.

Rose discute ensuite la question de la conservation des cordons nerveux dans l'ablation des tumeurs auxquelles elles sont plus ou moins intimement unies et conclut que, si cette conservation doit être tentée en cas de tumeurs bénignes, on doit résolument y renoncer pour les tumeurs malignes et prendre son parti des troubles fonctionnels qui en résulteront pour assurer au malade une guérison aussi durable que possible.

MAURICE HACHE.

II. — Cette monographie, très complète, débute par l'étude de l'anatomie et physiologie pathologique de l'élongation, et des accidents ou dangers qu'elle peut entraîner. Puis Lagrange s'applique à déterminer la valeur réelle de ce procédé thérapeutique : nous citons ces conclusions, basées strictement sur l'examen de plus de 400 observations d'élongations rapportées en détail, et d'un grand nombre de résections qui ont servi de terme de comparaison.

Dans les névralgies de l'ophtalmique de Willis, on peut choisir entre la résection et l'élongation du frontal et du nasal : l'élongation ou mieux

l'arrachement du nasal (tout particulièrement étudié dans ce mémoire) est facile et d'une innocuité absolue.

Dans le glaucome aigu, l'élongation donne très souvent de très bons résultats, et on doit la pratiquer tout d'abord : pour les douleurs ciliaires, l'arrachement du nasal supprime la douleur d'une façon passagère, quelquefois assez longtemps pour qu'on soit autorisé à admettre un succès définitif.

Pour expliquer ces résultats, l'auteur fait remarquer, qu'en arrachant le nasal, on agit directement sur le filet sensitif du ganglion ophtalmique et que peut-être on rompt les fibres nerveuses assez loin pour supprimer du même coup la racine sensitive du ganglion.

Dans les névralgies sous-orbitaires, l'élongation donne des résultats assez bons, mais très inférieurs à la résection : pour le dentaire inférieur l'élongation est absolument à rejeter.

L'élongation des nerfs mixtes pour névralgies entraîne une amélioration ou une guérison passagères, quelquefois une cure définitive. Mais, dans le tabes, l'élongation est plus dangereuse qu'utile : il en est de même dans les diverses affections de la moelle.

L'élongation des nerfs ne doit jamais être pratiquée dans le traitement du tétanos, car la traction des nerfs retentit sur la moelle, ce qui ne fait que compliquer gravement l'affection : mieux vaut la section du nerf et surtout la neurotripsie.

Dans le tic douloureux de la face, ce n'est pas le facial qu'il faut élonger (comme on l'a fait sans succès) mais la branche du trijumeau intéressée : le tic non douloureux sera toujours amélioré par l'élongation du facial.

L'élongation du spinal ne peut être que modérée en raison de son origine, et par suite est faite d'une façon insuffisante : la résection donnera des résultats généralement bons.

Dans les cas de contractures ou spasmes, l'élongation des nerfs mixtes correspondants est indiquée : elle donnera une amélioration plus ou moins marquée. Dans les paralysies périphériques, les résultats sont contradictoires : dans la lèpre anesthésique, elle n'agit que contre l'élément douleur et encore avec une efficacité douteuse. L'atrophie du nerf optique n'est pas améliorée par cette opération. MAUBRAC.

III. — Femme de 48 ans. Troubles nerveux depuis l'enfance. A été deux fois paralysée. En 1881, la paupière fut atteinte de contractions spasmodiques qui bientôt envahirent les muscles de la face et le peaucier. En juin 1884, résection du sous-orbitaire droit qui amena un peu de soulagement durant six semaines : bientôt après le spasme s'étendit au côté droit et à la jambe.

Le 2 avril 1886, Keen incise derrière l'oreille, rejette en avant la parotide, et cherche à découvrir le facial à son émergence du trou stylomastoïdien, ce qui nécessita des recherches prolongées : le point d'entrée du nerf dans la parotide fut découvert par l'électricité (un électrode placé sur le cou, et l'exploration étant pratiquée avec un fil de métal qu'on dirigeait de haut en bas). Le tronc mis à nu est élongé avec une force de 4 à 5 livres.

Le résultat fut une paralysie faciale totale, avec cessation des spasmes de la face et du cou, ainsi que du côté de la jambe : vingt-cinq jours après l'opération, la paralysie persistant, les spasmes n'avaient nullement reparu.

MAUBRAC.

IV. — Bernhardt a pratiqué l'élongation du nerf facial chez un malade qui,

depuis 4 ans, était affecté du tic convulsif de la face (côté droit). L'opération se fit le 14 janvier 1884 ; elle eut pour conséquence immédiate une paralysie complète des muscles animés par le facial élongé. Le 8 février, on constatait les signes de la réaction de dégénérescence, avec augmentation de l'excitabilité galvanique des muscles. Le 1er avril, la motilité s'était établie dans un certain nombre des muscles paralysés, l'excitabilité faradique s'était rétablie un peu dans quelques rameaux du facial. Au commencement du mois de mai, le tic faisait sa réapparition dans la moitié droite de la face, et bientôt il affectait de nouveau son intensité première.

M. Bernhardt a pratiqué l'élongation du nerf facial dans 4 cas de tic convulsif ; constamment le résultat de l'opération a été temporaire. Sur un ensemble de 17 cas, opérés par différents médecins, il en compte un seul où la guérison a été durable. Partant de là, M. Bernhardt se prononce contre cette opération dans les cas de tic convulsif. E. RICKLIN.

V. — Femme de 48 ans, souffrant depuis plus de dix ans d'un tic convulsif du cou, avec torticolis persistant amenant la tête en rotation du côté de l'épaule gauche. Hypertrophie et contracture du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit. Les spasmes sont tellement intenses, que la malade ne peut monter ni faire aucun travail sans éprouver des étourdissements : la nuit même se passe sans sommeil, à cause des spasmes qui surviennent incessamment : l'affection a résisté jusque là à tous les traitements médicaux, y compris le massage et l'électrisation.

La résection du nerf spinal accessoire est pratiquée. Incision de trois pouces le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à partir de l'apophyse mastoïde : le nerf est mis à découvert, réséqué, et sa portion centrale soigneusement élongée. Dès le lendemain, suppression du spasme, bien qu'il reste un certain degré de contracture du trapèze. Au bout de huit jours, la plaie est guérie sans suppuration. Pendant un certain temps, les mouvements du cou restent mal équilibrés, en raison de la longue durée des accidents antérieurs, mais tous les troubles fonctionnels disparaissent avec un traitement de courants continus, et au bout de deux mois, la guérison est complète. Il existe seulement un certain degré d'atrophie des muscles trapèze et sterno-mastoïdien. H. R.

VI. — Dans un cas de sciatique rebelle à tous les traitements, Fayrer trouva, près du point d'émergence du nerf et sur son trajet, une fluctuation vague accompagnée de douleur et de gonflement. Il se décida alors à enfoncer dans cette région un long bistouri à lame étroite, jusqu'à ce qu'il eût pénétré dans la gaine même du nerf (?). Cette ponction donna issue à une certaine quantité de liquide séreux ; le soulagement fut immédiat, et il s'ensuivit une guérison définitive.

L'auteur dit avoir eu recours à ce mode de traitement dans d'autres cas. GASTON DECAISNE.

VII. — Homme de 50 ans, plaie du coude par une hache ; section du nerf cubital ; atrophie consécutive des muscles ; anesthésie complète sur le territoire d'innervation du cubital, insensibilité et perte du mouvement des 4e et 5e doigts.

Dix semaines après l'accident, suture des deux bouts du nerf au fil de catgut, après avivement. Dès le lendemain, sensibilité revenue au 4e et 5e doigt ; le malade a comme la sensation des doigts engourdis. Restauration ultérieure des mouvements, mais persistance (6 mois plus tard) d'une sensation de brûlure au petit doigt. A. C.

VIII. — Roddick a pratiqué la suture du nerf sciatique chez un homme de 26 ans, 18 mois après la blessure qui avait sectionné ce tronc nerveux. Retour graduel de la sensibilité et du mouvement. Guérison rapide d'ulcérations du pied survenues depuis l'accident. A. C.

I. — Ligature de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse, par A. PONCET (*Acad. de méd.*, 26 *octobre* 1886).

II. — Die Brasdor'sche Operation bei Aneurysmen des Arcus Aortæ und der Anonymen, par Jul. ROSENSTIRN (*Archiv f. klin. Chir., Band XXXIV, Heft* 1-9).

III. — Heilung eines Aneurysma racemosum arteriale... (Guérison d'un anévrisme cirsoïde par les injections sous-cutanées d'alcool), par E. PLESSING (*Ibidem, Band XXXIII, Heft* 1).

IV. — Extirpation d'un lympho-sarcome du cou, résection de la carotide primitive et de la jugulaire interne, par TANSINI (*Gazz. med. ital. Lomb., janvier* 1887).

V. — Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, par R. DUZÉA (*Thèse de Lyon*, 1886).

VI. — Ein Fall von pulsirendem Exophthalmus, par SICK (*Soc. méd. de Hambourg*, 23 *mars* 1886).

I. — Chez un jeune homme de 20 ans, porteur d'une tumeur pulsatile de la fesse, dont le début remontait à 13 ou 14 ans, et qui menaçait de s'ouvrir, Poncet pratiqua la ligature de l'iliaque interne correspondante par le procédé de Marcellin Duval. La tumeur s'affaissa et le malade sortait le 22[me] jour, mais il mourait deux mois après: des trajets fistuleux s'étaient formés, puis survinrent des hémorragies. A l'autopsie, phlegmon du petit bassin, hémorragies venant du bout inférieur; l'angiome est à peine appréciable.

C'est la 13[me] opération de ce genre, la première en France; dix fois elle a été faite pour des anévrismes fessiers, 6 guérisons, 4 morts; deux fois pour des tumeurs hématodes, résultat inconnu. A. C.

II. — Rosenstirn a rassemblé tous les cas d'anévrismes de la crosse aortique et du tronc brachio-céphalique, qui ont été traités par la méthode de Brasdor.

Les cas de ligature des vaisseaux du côté gauche sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions. La ligature en un temps de la carotide et de la sous-clavière gauche n'a pas encore été faite. Dans le cas malheureux de Busch, c'est l'axillaire qui a été liée.

Le nombre des opérations faites sur le côté droit est plus considérable. Si l'on s'en tient à la période antiseptique, on trouve que la ligature de la carotide et de la sous-clavière en un temps a donné 43,75 0/0 de guérison; 15,62 0/0 d'améliorations; 15,63 0/0 d'insuccès, et une mortalité de 25 0/0. La ligature des mêmes vaisseaux en deux temps a donné 75 0/0 d'améliorations, 25 0/0 de mortalité; par conséquent pas de succès. La ligature de la carotide droite a donné 50 0/0 de succès. Il faut dire que le nombre des opérations est extrêmement restreint. On voit que l'avantage est la ligature simultanée des deux vaisseaux. C'est là l'opération que l'auteur recommande dans les cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique. La méthode de Ciniselli a donné peu de succès et un assez grand nombre de morts. Toutefois l'auteur se demande si la galvano-puncture ne pourrait pas rendre des services après la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière. PIERRE DELBET.

III. — Il s'agissait d'un anévrisme cirsoïde d'origine traumatique, qui occupait le région de la nuque. La tumeur mesurait 10 centimètres sur 12.

Autour d'elle on pouvait compter douze vaisseaux volumineux animés de pulsations, dont deux avaient le volume de la carotide primitive. Huit séances d'électro-puncture n'ayant amené aucun résultat, on en vint aux injections d'alcool. On commença par des solutions à 30 0/0, pour arriver bientôt à des solutions à 75 0/0. Les solutions plus concentrées déterminaient des douleurs trop violentes. Les injections furent faites tous les jours, et chaque fois en quatre ou six points. Le traitement fut commencé le 2 juin. Le 20 juillet, 134 centimètres cubes ayant été injectés, la tumeur, presque complètement transformée en une masse épaisse, ne présentait de fluctuation qu'à deux de ses extrémités. En ces endroits il y avait deux petits points de sphacèle cutané de la dimension d'un pois. Le traitement fut interrompu par un érysipèle. Le 20 août le malade était complètement guéri. Au bout de trois mois, la guérison ne s'était pas démentie. PIERRE DELBET.

IV. — Homme de 60 ans, porteur d'un énorme lymphosarcome du cou, partie latérale gauche, du volume d'une tête d'enfant. La tumeur englobait la gaine vasculo-nerveuse; Tansini dût lier la jugulaire, réséquer une section de la carotide primitive, et lier, pour arrêter l'hémorragie, les carotides externe et interne. Au deuxième jour, hémiplégie droite, qui disparut assez rapidement. Guérison de la plaie en cinq semaines. A. C.

V. — Duzéa rapporte plusieurs observations d'angiomes superficiels, accompagnés d'allongement et d'augmentation de volume des os correspondants. Deux cas sont surtout remarquables. L'allongement total atteignait 4 centimètres (2 pour le fémur, 2 pour le tibia).

Discutant la pathogénie du fait, sans nier que nævi et allongements ne puissent être dus à une même cause générale, congénitale, de nature inconnue, l'auteur admet pour bien des cas que ces allongements sont dus à l'hypernutrition constante, importante en raison de son étendue, qui retentit sur le cartilage de conjugaison et le périoste.

A la face et à la tête, dans les cas de nævi superficiels, on rencontre les mêmes hypertrophies osseuses; souvent on constate l'atrophie du squelette sous-jacent; à ces derniers cas s'applique la théorie de l'arrêt ou trouble de développement.

Les nævi pigmentaires ou papillaires purs ne s'accompagnent, pour les membres comme pour la face, d'aucune réaction hypertrophique des os ou des autres tissus. MAUBRAC.

VI. — Un ouvrier de 52 ans a fait une chute sur la tête. Quelques jours après, exophtalmie à droite avec gêne des mouvements de l'œil. Ces phénomènes s'accentuent progressivement et bientôt on constate des battements de l'œil qui cessent dès qu'on comprime la carotide: cette manœuvre permet également de replacer l'œil dans l'orbite. Bruit de souffle à l'auscultation, perçu aussi par le malade, qui s'en trouve fort incommodé.

Diagnostic: exophtalmie due à la rupture de la carotide dans le sinus caverneux.

On pratique la ligature de la carotide primitive. Dès lors disparition du bruit qui tourmentait le malade. Au bout de quatre semaines diminution de l'exophtalmie; l'œil finit par reprendre sa place. On note seulement une légère parésie du droit externe, et à l'ophtalmoscope un début d'atrophie papillaire. L. GALLIARD.

I. — Die Exstirpation des Aneurysma popliteum, par SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 9, p. 134, 1er *mars* 1886).

II. — Même sujet, par BARDELEBEN (*Idem*, n° 10, p. 161, 8 *mars*).

I. — Matelot de 49 ans, présentant une artério-sclérose générale. La tumeur

anévrismale, plus grosse qu'une pomme, datait de 2 mois. Le malade ne supportait pas la compression digitale ; d'autre part, vu la dégénération du système artériel, la ligature de la fémorale paraissait devoir être plus dangereuse que celle de la poplitée. Aussi Sonnenburg se décida-t-il pour la méthode d'Antyllus. Mais l'opération fut beaucoup plus difficile qu'il ne pensait, vu les adhérences intimes du sac anévrismal non seulement avec la capsule articulaire, mais avec la veine. En outre, l'artère avait des parois par places aussi minces que le papier et de plus très anfractueuses, de sorte que Sonnenburg ne parvint à l'enlever que morceau par morceau, car elle se déchirait constamment quand il voulait l'isoler. Le tronçon artériel extirpé avait 16 centimètres de long. Tamponnement, drainage, suture, enveloppement dans l'ouate. L'opération avait duré 2 heures.

Évolution apyrétique de la plaie, mais, dès les premiers jours, apparition de taches gangreneuses superficielles au talon, le long de la distribution des branches terminales de l'artère tibiale postérieure; l'élimination des portions mortifiées fut très lente. Sortie de l'hôpital 4 mois et demi après. Maintenant, 6 mois de plus se sont écoulés; les douleurs du talon persistent, mais les mouvements du genou sont entièrement libres et il n'existe aucune stase veineuse.

Sonnenburg estime, contrairement à Largeau (*R. S. M.*, XXVII, 715), que chez les individus encore jeunes, atteints d'anévrisme poplité, il faudra toujours commencer par essayer la compression digitale, et même la ligature de la fémorale avec enveloppement élastique à cause des difficultés qu'on éprouve dans l'opération d'Antyllus, pour isoler le sac et conserver la veine.

II. — Homme de 27 ans, ayant une tumeur poplitée qui, dans l'espace de 15 jours, de la grosseur d'un pois a atteint le volume d'un œuf d'oie. Ni la compression digitale ni le tourniquet ne réussirent.

Koehler se décida à extirper le sac, mais, comme Sonnenburg, il eut beaucoup de peine à isoler la tumeur de la veine; en outre l'artère, qui n'était pas athéromateuse, présentait des adhérences très gênantes aux parties molles. Il fallut lier en bas les deux artères tibiales et en haut la poplitée à son entrée dans le jarret. Guérison. J. B.

I. — On the surgical treatment of diseases of the liver (maladies du foie), par Lawson TAIT (*Brit. med. journ.*, *p.* 905, *novembre* 1886).

II. — Five (5) additional cases of cholecystotomy, par Lawson TAIT (*Lancet*, 13 *février* 1887).

III. — Hepatitis and retained gallstones, cholecystotomy, par Ad. NAPIER et G. BUCHANAN (*Brit. med. journ.*, *p.* 872, *mai* 1886).

IV. — The surgical treatment of diseases of the liver, par Knowsley THORNTON (*Ibidem*, *p.* 901, *novembre* 1886).

V.—Complete obstruction of common bile duct, cholecystotomy, par Alf. WILLETT (*Ibidem*, *p.* 903, *novembre* 1886).

VI. — Un cas de cholécystotomie, par JANSEN (*C. R. de la Soc. méd. de Riga*, 16 *avril* 1886).

VII. — Kyste hydatique du foie traité par la ponction et le drainage, par POLAILLON (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 349).

VIII. — Zur operativen Behandlung der Leberabscess (Traitement des abcès du foie), par KARTULIS (*Deut. med. Woch.*, *n°* 26, 1886).

IX. — A case in which an abcess of the liver was opened (Abcès du foie, drainage), par Howard MARSH (*Brit. med. journ.*, *p.* 905, *novembre* 1886).

X. — Case of hepatitis with dropsy... (Hépatite avec ascite, phlébotomie hépatique), par George HARLEY (*Ibidem*, *p*. 899, *novembre* 1886).

I. — L. Tait présente l'analyse suivante de tous les cas de chirurgie opératoire hépatique qu'il a eu l'occasion de pratiquer. Ils se divisent en trois catégories, savoir :

a) Sept cas d'incision abdominale exploratrice relatifs à des affections variées (abcès miliaires du foie, coliques hépatiques, tumeurs cancéreuses du foie et de la vésicule biliaire), six succès — un mort.

b) Treize cas d'hépatotomie pour des hydatides du foie ou des calculs biliaires intrahépatiques, 13 succès.

c) Trente cas de cholécystotomie pour des calculs, ou pour des cholécystites suppurées, ou enfin pour des catarrhes de la vésicule biliaire — une seule mort. H. R.

II. — L. Tait relate cinq nouveaux cas d'ouverture de la vésicule biliaire effectuée d'après sa méthode, c'est-à-dire en se rapprochant le plus possible de la marche suivie par la nature dans les cas de fistule biliaire spontanée. Cette méthode consiste, comme on le sait, après avoir ouvert la vésicule et l'avoir débarrassée autant que possible des calculs qu'elle peut contenir, à fixer les bords de l'ouverture à ceux de la plaie cutanée et à établir ainsi une fistule permanente par où la bile s'écoule en quantité variable. Quand l'écoulement tend à se tarir et la fistule à se fermer, on laisse faire, non sans demeurer prêt à rétablir la voie si de nouveaux symptômes de rétention viennent à se produire. Lawson Tait critique en passant la méthode qui consiste à suturer la plaie faite à la vésicule et à replacer celle-ci dans le ventre aussitôt l'opération terminée, dans le but d'obtenir une guérison par première intention : outre qu'on n'est pas sûr d'éviter la suppuration de la vésicule (qui s'évacuerait dans le ventre par la plaie opératoire mal fermée), on court toujours le risque d'avoir laissé un calcul dans les voies biliaires ou d'en voir de nouveaux se former ultérieurement. Dans ce cas, il faudrait recommencer l'opération avec les mêmes difficultés que la première fois, tandis que si la vésicule a été fixée à la paroi abdominale, et a contracté des adhérences avec celle-ci, le rétablissement de la fistule oblitérée est la chose du monde la plus facile. — Sur les cinq cas relatés dans ce travail, quatre fois l'opération a été faite pour une lithiase biliaire simple avec obstruction des voies, coliques hépatiques et distension de la vésicule; une fois il y avait en outre une cholécystite suppurée. H. BARTH.

III. — W..., âgée de 43 ans, a eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques. A la suite de la dernière crise, frissons avec douleurs du foie, vomissements, fièvre et sensation de tumeur au niveau de l'hypochondre droit. La situation de la malade semblant presque désespérée, on décide l'opération. Cholécystotomie. Après avoir traversé la paroi abdominale, on arrive sur une épaisse membrane fibreuse, qui rattache intimement la tumeur à la paroi, et qui, une fois sectionnée, laisse voir une cavité remplie d'un liquide brun purulent. En y introduisant le doigt, on sent la présence d'une quantité de calculs que l'on retire facilement. La vésicule biliaire est ensuite largement lavée, et l'on s'assure avec un stylet que le canal cystique est oblitéré. Drainage, pansement antiseptique, guérison, traversée par une crise de colique hépatique et l'émission d'un gravier biliaire. H. R.

IV. — *Obs*. 1. — Une femme de 41 ans est opérée soi-disant pour un kyste de l'ovaire. L'auteur trouve des adhérences péritonéales partout; il découvre à

la fin, dans la fosse iliaque, un petit kyste qu'il ponctionne; c'était une hydatide, assez volumineuse pour que la vésicule biliaire fût venue contracter des adhérences avec l'utérus. Après avoir largement incisé la poche kystique, enlevé le paquet des hydatides et badigeonné largement la surface interne avec de l'iode pour tuer les hydatides, l'auteur ferma à la fois le sac et la paroi abdominale, ne laissa aucun drain ; la malade guérit.

Obs. 2. — Même cas chez une femme ayant une immense poche hydatique allant du foie jusqu'au triangle de Scarpa. Laparotomie, ouverture du sac, qui est vidé de toutes les vésicules hydatiques, drainage et compression avec une ligature élastique sur la cuisse. Guérison. Au bout d'un an, repullulation d'une hydatide à la cuisse, qui se rompt spontanément et décharge près d'un litre d'hydatides. Guérison définitive.

Obs. 3. — Femme souffrant de crises hépatiques douloureuses. On constate une tumeur qui est regardée comme la vésicule biliaire remplie de calculs. Laparotomie. On tombe sur un magma fibreux constitué par des adhérences entre l'épiploon, le foie et l'intestin. Le chirurgien, sans disséquer complètement la région, divise le ligament suspenseur du foie et sépare l'épiploon du foie et des parois abdominales ; la malade guérit et ses crises douloureuses cessent. (Les adhérences étaient la conséquence d'une ancienne péritonite puerpérale.)

Obs. 4. — Une dame de 57 ans présente une tumeur abdominale dure et mobile, dans la région de la vésicule : elle est considérée par les uns comme un cancer, par d'autres comme un calcul. On décide une incision exploratrice. La tumeur apparaît formée par du tissu hépatique au travers duquel on sent des calculs mobiles l'un sur l'autre ; derrière, se trouve la vésicule atrophiée et le canal cholédoque rempli par un gros calcul. Incision à travers le parenchyme hépatique, à une profondeur d'un demi-pouce, extraction des calculs, puis finalement du gros calcul cholédoque, qui dut être enlevé par morceaux. Hémorragie abondante, arrêtée par des éponges phéniquées. En tout, on extrait 412 calculs. Drainage du sac, suture des parois du foie et de l'abdomen, guérison en 15 jours.

Obs. 5. — La dernière observation concerne un cas d'abcès du foie ouvert par la cavité pleurale, à travers le diaphragme, et suivi de guérison. H. R.

V. — Femme de 52 ans atteinte d'ictère depuis 9 mois, sans fièvre ni douleurs vives : santé générale assez bonne. Le foie est gros et remonte à la 4ᵉ côte ; il déborde de deux travers de doigt la 10ᵉ côte. On sent au niveau de la vésicule biliaire une tumeur mobile de la grosseur d'une orange. On diagnostique un calcul enclavé dans le canal cholédoque et l'on décide l'opération. Incision de trois pouces le long de la ligne semi-lunaire droite. Au-dessous de l'épiploon apparaît la vésicule distendue par du liquide. On retire par aspiration 16 onces de liquide pâle, filant, non biliaire. Après exploration de la vésicule, on la fend longitudinalement et l'on constate que le canal cholédoque est oblitéré complètement; il n'y a pas de calcul biliaire. Ouverture du canal, suture de la vésicule biliaire à la peau. Une fistule biliaire s'établit, la malade sort améliorée, mais succombe deux mois après à l'épuisement de la suppuration biliaire. L'auteur se demande si, en pareil cas, il ne vaudrait pas mieux établir un trajet artificiel entre la vésicule biliaire et l'intestin. H. R.

VI. — Malade de 28 ans. Tumeur biliaire occasionnant de vives douleurs depuis deux ans. Diagnostic : hydropisie de la vésicule avec calculs. Cholécystotomie, suture des bords de la vésicule aux lèvres de la plaie abdominale, lavage à la solution salicylique. Extraction d'un calcul enchatonné au col de a vésicule, mesurant un centimètre cube. Guérison rapide. A. C.

VII. — Il s'agit d'un homme de 32 ans porteur d'un kyste hydatique moyen et traité par le procédé du gros trocart. Au bout de deux mois il put quitter le service avec une petite fistule. Quatre mois après on constate la gué-

rison complète. Une petite cicatrice punctiforme est la seule trace de l'opération.

Polaillon réserve la laparotomie pour les kystes très volumineux.

MAURICE HACHE.

VIII. — Frappé de l'insuffisance des résultats dans le traitement chirurgical des grands abcès du lobe droit du foie, le chirurgien d'Alexandrie s'est proposé de faciliter l'évacuation du pus en pratiquant la résection d'une côte. Grâce aux adhérences pleurales, on n'a généralement pas à redouter l'envahissement de la poitrine, et la blessure du diaphragme ne paraît pas avoir de grands inconvénients. Voici deux cas :

1° Matelot grec de 30 ans, ayant subi, à partir du 10 août, deux ponctions dans le 6e espace et une large incision du même espace. Évacuation imparfaite. Le 10 septembre, résection de la 7e côte sur une longueur de 3 centimètres. Guérison complète le 29 septembre.

2° Égyptien âgé de 30 ans. Grand abcès hépatique consécutif à la dysenterie. Ponction de 400 grammes dans le 10e espace, le 14 décembre, de 270 grammes le 18 décembre. Le 21, résection de la 9e côte. L'opéré part guéri le 5 janvier. L. GALLIARD.

IX. — Garçon de 11 ans, souffrant du ventre depuis six semaines. On trouve un foie énorme et une voussure fluctuante occupant jusqu'à l'hypochondre gauche. Ponction aspiratrice, effusion de 15 onces de liquide hydatique. Reproduction du liquide, avec signes d'hecticité et de purulence. On décide la laparotomie. Incision au point saillant, foie non adhérent à la paroi. 36 onces de pus s'échappent de l'incision. Le kyste est lavé, vidé, un drain placé dans l'intérieur de sa cavité, et les bords de la plaie hépatique suturés à la paroi abdominale par des fils de soie. Guérison complète et fermeture de la fistule au bout de 4 mois. Néanmoins, plus tard, la fistule se rouvrit. H. R.

X. — Femme de 38 ans, adonnée à la boisson, souffrant depuis un mois d'une hépatite. Le foie est volumineux et dur : le ventre est tuméfié par une ascite et une anasarque. Une ponction est pratiquée sans soulagement appréciable, au bout de 15 jours, l'état est pire que la première fois. On décide de faire la saignée hépatique pour décongestionner directement la glande. Après chloroformisation, Harley enfonce un trocart long de huit pouces et de la grosseur d'une sonde de trousse dans le lobe droit du foie, et retire un peu la canule pour permettre l'écoulement du sang. Un jet considérable de sang suit cette manœuvre, et la malade perd ainsi 20 onces de sang. Cette opération, loin d'être nuisible, exerce une action salutaire sur la marche de la maladie : le foie diminue progressivement de volume. Une nouvelle ponction de l'ascite est pratiquée, et le copahu donné à l'intérieur ; sous cette influence l'ascite et l'anasarque disparaissent, et deux mois après la malade se lève et vaque de nouveau à ses travaux. Elle paraît guérie, tout au moins n'a plus d'hydropisie.

L'auteur publie également quelques faits assez probants de ponctions répétées dans des foies chroniquement congestionnés chez des alcooliques, qui furent suivies d'une amélioration notable. H. R.

I. — Ectopia congenita della testa del pancreas e consecutiva gastrectasia, par S. CECCHINI (*Rassegna di scienze mediche*, 1886).

II. — A successful case of gastrostomy, with critical remarks, par Aug.-C. BERNAYS (*Med. News*, 1er *janvier* 1887).

III. — Gastrostomy for the removal of a large mass of hair from the stomach (Gastrostomie pour l'extraction d'une masse de cheveux accumulée dans l'estomac), par Knowsley THORNTON (*The Lancet*, 9 *janvier* 1886).

IV. — Un cas de gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par VOINO (*C. R. de la Soc. méd. d'Odessa*, 30 *novembre* 1885).

V. — Gastrostomie bei doppelter Strictur des Œsophagus (Gastrostomie dans un cas de double rétrécissement de l'œsophage), par B. SCHLEGTENDAL (*Archiv f. klin. Chir., Band XXXIII, Heft* 3).

I. — Homme de 54 ans, ayant eu des accidents gastriques depuis 15 ans, vomissements alimentaires répétés, amaigrissement progressif, teinte jaunâtre; dilatation considérable de l'estomac. On attribue cette dilatation à une sténose pylorique et on tente la divulsion digitale du pylore. On constate qu'il n'y a pas de sténose pylorique ; mort au bout de 4 jours. A l'autopsie, dilatation considérable de l'estomac, surtout au niveau du grand cul-de-sac; en introduisant le doigt dans le pylore, on constate en arrière un corps dur qui est la tête hypertrophiée du pancréas qui adhère en partie à la face portérieure de l'estomac au niveau du pylore, et en partie à la première portion du duodénum ; l'ampoule de Vater est située sur la paroi postérieure du duodénum près de la valvule pylorique ; il n'y a qu'un canal pancréatique parcourant toute la longueur du pancréas. Le pancréas présente des lésions de sclérose. GEORGES THIBIERGE.

II. — Relation détaillée d'une gastrostomie faite une heure après l'accident, pour enlever un couteau de table, de 9 pouces 1/4 de long, avalé, en jouant, par un homme de 38 ans.

Guérison rapide sans complications. Pendant les 4 premiers jours, on ne donna à l'opéré qu'une cuillerée d'eau toutes les 2 ou 3 heures et des lavements peptonisés; le 5me jour, il prenait du bouillon et des potages ; le 10me jour, il reprenait son alimentation ordinaire.

B... avait suturé l'ouverture stomacale avec une double rangée de sutures, (cinq points en catgut, huit points au fil de soie chauffé à 200° au préalable), suture du genre de Czerny-Billroth pour la résection du pylore.

Il y a eu jusqu'ici treize cas de taille stomacale pour corps étrangers, dont l'auteur donne le tableau. A. C.

III. — Fille de 18 ans, hystérique, atteinte depuis un temps indéterminé de divers accidents imputables à une tumeur abdominale. On finit par apprendre que la malade a depuis plusieurs années l'habitude d'avaler des bouts de fil et tous les cheveux qui restent sur son peigne. On soupçonne alors l'existence d'un égagropile dans l'estomac ou le côlon, et on pratique la gastrostomie. L'abdomen étant ouvert, l'estomac apparaît dilaté par une masse volumineuse, élastique, qui le remplit entièrement. On prolonge l'incision jusqu'à huit centimètres au-dessous de l'ombilic ; on amène la grande courbure dans la plaie et on y pratique une incision transversale de douze centimètres de long. On extrait une masse de cheveux et de fil de coton roulés ensemble et solidement feutrés, du poids de *deux livres*. En dépit de quelques incidents causés par une éponge oubliée dans le ventre et retirée seulement au bout de vingt-quatre heures, la guérison s'est faite régulièrement. H. BARTH.

IV. — Homme de 60 ans : syphilis 22 ans auparavant, impossibilité d'avaler les liquides. Poids, 101 livres 1/2. Gastrostomie en deux temps, à un jour d'intervalle. Vingt-six jours après l'opération, le malade avait gagné 6 livres 1/2.

Voino donne la relation de 202 cas de gastrostomie, 163 pour cancer, 37 pour rétrécissement cicatriciel, 2 pour rétrécissement syphilitique.

A. C.

V. — Il s'agissait d'une malade atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage. Elle ne pouvait absolument rien avaler; le rétrécissement était infranchissable ;

la gastrostomie fut faite le 12 octobre. L'estomac est fixé mais non ouvert; le lendemain, les menaces de mort par inanition obligent à faire l'incision stomacale. Quarante-cinq heures après la première opération, la malade succombe sans péritonite. Après l'opération la malade avait abondamment vomi, et cependant elle ne pouvait rien avaler. L'autopsie a donné l'explication de ce fait étrange. Le pharynx, au niveau de l'épiglotte, était transformé en un entonnoir, mais un entonnoir à fond fermé. Malgré toutes les tentatives, il fut impossible de passer une sonde de haut en bas. L'œsophage était dilaté en forme de fuseau, et au niveau du cordon existait un second rétrécissement également infranchissable de haut en bas. Mais les deux rétrécissements étaient faciles à franchir de bas en haut et admettaient même une sonde d'un calibre assez considérable. Il y avait donc une sorte d'appareil valvulaire qui empêchait tout passage dans le sens physiologique. PIERRE DELBET.

Sulla resezione dello stomaco, par Angelo MAUGERI ROMEO (*In*-8°, *Catanna*, 1886).

L'ouvrage de Maugeri Romeo est en réalité un traité de la chirurgie de l'estomac, appuyé sur des expériences très nombreuses et le résumé par tableaux de toutes les opérations connues. L'auteur y étudie successivement : 1° la gastrorraphie ; 2° la gastrotomie ; 3° la gastrostomie ; 4° la gastrectomie ; 5° la gastro-entérostomie ; 6° la divulsion digitale des orifices tant pyloriques que cardiaques ; le chapitre IV nous arrêtera surtout.

Après un exposé historique de la question, un résumé succint de l'anatomie topographique, Romeo discute les méthodes opératoires. Avant d'opérer, il est bon, pour assurer le diagnostic, de faire l'examen sous chloroforme, et au besoin on pratiquera la laparotomie exploratrice. L'auteur se prononce contre l'usage du spray pendant l'opération ; il craint, et le refroidissement des anses intestinales, cause reconnue de choc, et l'intoxication possible avec une membrane aussi prompte à l'absorption que le péritoine ; toutefois il conseille d'établir une pulvérisation préalable dans la salle où doit être faite l'opération.

Quelle incision faut-il préférer ? Si le diagnostic est certain, si le chirurgien est sûr de n'avoir à pratiquer qu'une résection typique, il convient d'inciser à droite de la ligne blanche et longitudinalement, en suivant le bord extérieur du muscle droit; mais s'il reste quelques doutes sur l'étendue des désordres et les indications opératoires auxquelles on peut se trouver entraîné, l'incision sur la ligne blanche est préférable, car elle permet aussi bien la résection pylorique que la gastro-entérostomie suivant la méthode de Woelfler. Tirer le plus possible de l'estomac pour opérer hors de l'abdomen, détacher les adhérences, extirper les glandes lymphatiques engorgées que l'on rencontre, protéger les parois contre toute atteinte, se garder de détacher l'épiploon au delà du point où l'on compte faire la section des parois, et surtout éviter de laisser pénétrer une parcelle quelconque du contenu intestinal dans la cavité péritonéale. Sur tous ces points Romeo s'étend longuement, discutant les procédés avec minutie ; suivant ses conseils il convient de faire l'incision oblique de haut en bas et de gauche à droite, placer la suture d'occlusion en haut en commençant par la petite courbure pour s'arrêter au point où devra commencer l'insertion du segment duoduénal, lequel doit correspondre à la partie la plus inférieure de l'incision et

affleurer la grande courbure. En ce qui concerne les sutures il faudrait, d'après l'auteur, renoncer aux points séparés, afin d'abréger la durée de l'opération, et il préconise avant tout la suture décrite par Apolito (de Naples) en 1841. Modifiant quelque peu ce procédé, et adoptant les méthodes modernes à triple plan de suture, Romeo se prononce en outre pour la soie, qui seule offre une résistance suffisante et condamne foncièrement le catgut.

On trouve à la fin de cet ouvrage les statistiques les plus complètes sur la résection de l'estomac. Je signalerai surtout le dernier tableau, qui comprend les huit opérations pratiquées en Italie, malheureusement toutes terminées par la mort. L. JULLIEN.

I. — Zur Diagnostik und Therapie der perforativen Peritonitis, par E. WAGNER (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXIX, p.* 70).

II. — Perforation of the appendix vermiformis, laparotomy, par Joseph-D. BRYANT (*New York county med. Assoc.*, 20 *décembre* 1886).

III. — Laparotomy for suppurative peritonitis from acute perforation of appendix vermiformis, par P. WEIR (*N. York surg. Soc.*, 8 *décembre* 1886).

IV. — Sur un cas de péritonite septique par gangrène de l'appendice iléocæcal, laparotomie, par Ed. BLANC (*Lyon méd.*, 5 *décembre* 1886).

V. — Recovery after abdominal section for purulent peritonitis, par John-B. ROBERTS (*Med. News*, 25 *décembre* 1886).

VI. — Bauchschnitt wegen eitriger Peritonitis (Laparotomie dans la péritonite suppurée), par N. STUDENSKI (*Chir. Westnik, novembre* 1885).

VII. — Péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie, par NAUMANN (*Hygiea, octobre* 1885).

VIII. — Cases of abdominal section (Laparotomies pour plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu), par W.-T. BULL (*N. York surg. Soc.*, 11 *octobre* 1886).

IX. — Laparotomy in the treatment of spontaneous gluteal (fessiers) and sciatic aneurisms, par F.-S. DENNIS (*Med. News,* 29 *novembre* 1886).

I. — Un jeune homme de 17 ans est pris subitement, sans cause connue, d'une douleur extrêmement vive dans l'abdomen. Il se développe ensuite du météorisme abdominal et des phénomènes de péritonite. Une ponction capillaire donne lieu à l'issue de gaz d'odeur sulfhydrique et à du liquide jaunâtre, fécaloïde. Thiersch fait alors un incision abdominale d'une longueur de 6 centimètres au niveau de la ligne blanche. Cette incision donne issue à environ 2,700 grammes d'un liquide brunâtre, fétide. Elle donne accès dans une cavité formée par la paroi abdominale, et les intestins agglomérés par un exsudat brunâtre.

Les jours suivants il s'échappa des matières fécales et des substances alimentaires reconnaissables ; il y avait donc sûrement perforation intestinale : la guérison se fit.

E. Wagner insiste surtout sur la valeur de l'auscultation dans le diagnostic du météorisme péritonéal; dans ce cas, on ne constate aucun bruit intestinal, contrairement à ce qui se produit lorsque le tympanisme est intestinal. A. MATHIEU.

II. — Homme de 45 ans, pris d'accidents de péritonite avec signe d'obs-

truction intestinale. 50 heures après le début des accidents, laparotomie; à l'ouverture du péritoine, écoulement de sérosité rougeâtre. Les intestins sont surtout distendus à droite; on trouve en ce point l'appendice vermiforme tuméfié, congestionné, offrant trois perforations. Ligature de l'appendice à la base; ablation. Toilette du péritoine avec la solution chaude de sublimé au 10,000e. Drainage. Mort 12 heures après l'opération. A. C.

III. — Homme de 20 ans, entré à l'hôpital pour des accidents de pérityphlite. Une ponction fait reconnaître dans la fosse iliaque droite de la sérosité purulente. Incision au-dessus du ligament de Poupart; issue d'une grande quantité de pus. Un examen détaillé fit reconnaître que la péritonite supposée était généralisée.

Laparotomie médiane. On trouve une perforation à la base de l'appendice vermiculaire. On excise l'appendice après ligature. Lavage du péritoine à l'eau chaude. Insertion de gaze iodoformée dans la fosse iliaque. Double drain par la première incision et la plaie médiane. Mort quelques heures après l'opération. A l'autopsie, pus dans le péritoine, gonflement de la rate. A. C.

IV. — Observation d'une laparotomie pratiquée *in extremis* par Poncet (de Lyon) chez un malade entré à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale, accompagnée de péritonite. L'ouverture de l'abdomen donne issue à un liquide sanieux, fétide; les anses intestinales sont déjà si agglutinées ensemble qu'il est impossible de les dégager et de constater autre chose qu'une péritonite purulente, sans pouvoir reconnaître le point de départ. Lavage au sublimé. Drainage. Mort dans les 24 heures.

A l'autopsie, on reconnaît que la péritonite est due à une inflammation gangreneuse de l'appendice iléo-cæcal, qui n'est ni ulcéré ni perforé, mais contient trois calculs stercoraux. La gangrène s'étend au cæcum. (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 256). A. C.

V. — Femme de 44 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents de péritonite survenus depuis huit semaines et consécutifs vraisemblablement à la rupture d'un kyste ovarique. Laparotomie. Tumeur composée d'une multitude de loges, contenant toutes du pus, sans qu'on puisse préciser le point de départ de la tumeur: adhérences des intestins. Roberts déchire les loges, évacue le pus, lave à la solution de sublimé, draine la cavité. Guérison parfaite. A. C.

VI.—Péritonite tuberculeuse chez une petite fille de 12 ans; avec l'aspirateur, on retire 6 litres de pus. La température ne s'abaisse pas et le surlendemain l'abdomen commence à se remplir. On se décide à ouvrir l'abdomen. Une incision de 2 pouces laisse écouler environ 6 litres de pus de bonne nature sans odeur. La cavité abdominale est irriguée avec une solution glycérinée d'acide borique à 4 0/0 jusqu'à ce que le liquide sorte clair. On suture la plaie en laissant 2 drains gros comme le doigt. Dans les 5 ou 6 premiers jours, le pansement et le lavage de la cavité sont faits deux fois par jour; la température s'abaisse, mais sans retomber à la normale. La malade se plaint de vives douleurs dans la région de la rate, où on perçoit une tumeur. Une ponction exploratrice est faite sans résultat. Trente-huit jours après la laparotomie une quantité considérable de pus fétide s'échappe tout à coup par la plaie. Il vient de la région de la rate et était probablement enkysté lors de l'opération, la température redevient normale mais la guérison est encore troublée par un érysipèle. PIERRE DELBET.

VII. — 1° Femme de 23 ans, malade depuis 2 ans. Ascite volumineuse. Petite incision. On trouve le péritoine farci de petits tubercules. Suture, pansement de Lister. La malade succombe le sixième jour.

2° Femme de 46 ans, qui a remarqué seulement 14 jours avant son entrée à l'hôpital que son abdomen augmentait de volume. On trouve une tumeur mobile, fluctuante, de la grosseur de la tête. Diagnostic incertain; incision exploratrice. On trouve une cavité formée par les intestins agglutinés;

le grand épiploon est couvert de tubercules, on enlève tout le liquide. Réunion par première intention. La malade sort guérie 18 jours après l'observation. Six mois après elle est encore bien portante.

3° Femme de 56 ans, venue à l'hôpital le 17 juin 1884. Elle souffre depuis un mois, et l'abdomen a augmenté de volume. Le 23, incision exploratrice. Le péritoine est couvert de tubercules. Pas de nettoyage. La réunion par première intention échoue; la malade succombe le 5 juillet.

4° Ce 4° cas est douteux. Il s'agit d'une femme observée en 1878. Elle avait été envoyée à l'hôpital par un kyste de l'ovaire, mais on ne trouva que de l'ascite. Une petite incision exploratrice permit au liquide de s'écouler ; le doigt introduit dans le péritoine ne constata rien d'anormal, mais il ne fut pas fait d'autre examen ; guérison. La malade n'a pas été revue.

PIERRE DELBET.

VIII. — Bull rapporte deux observations.

1° Homme de 57 ans, se tire un coup de pistolet dans l'abdomen. Plaie d'entrée à la région épigastrique, 3 pouces au-dessous de l'ombilic, un peu à gauche de la ligne médiane. Plaie de sortie sur le côté droit; ligne axillaire, entre les côtes et l'ilion. État de prostration très marqué. Transfusion saline de 750 centimètres cubes. Laparotomie. Caillots sanguins dans l'abdomen. Plaie du foie. Le malade meurt avant la fin de l'opération.

2° Homme de 25 ans, a reçu 20 minutes avant son entrée à l'hôpital un coup de pistolet à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Laparotomie. Sérosité sanguinolente. Double perforation de l'intestin grêle et plaie du méso-côlon, donnant lieu à une hémorragie abondante. Suture de l'intestin. Ligature du vaisseau donnant l'hémorragie. La plaie du mésentère est largement saupoudrée d'iodoforme. Le 5e jour après l'opération, déchirure de la suture abdominale par la suppuration, hernie de l'intestin, qui se réduit peu à peu sous l'influence de la compression. Guérison complète en 2 mois.

Abbe fait connaître, à ce propos, un cas de plaie par arme à feu avec une quadruple perforation de l'intestin et perforation de la vessie ; laparotomie six heures après l'accident, suture des plaies viscérales. Mort neuf heures après la laparotomie. A. C.

IX. — Frappé du peu de succès des diverses méthodes de traitement des anévrismes fessiers, Dennis a songé à pratiquer la laparotomie comme moyen d'arriver à poser une ligature au point le plus convenable.

Dans la première observation il s'agit d'un homme de 60 ans porteur d'une large tumeur pulsatile à la fesse droite, avec tous les signes d'un anévrisme. Du côté gauche on trouve également au même point une petite tumeur anévrismale. Laparotomie après éthérisation. Antisepsie rigoureuse au sublimé. Ligature au catgut des deux artères iliaques internes. Mort le 4e jour.

Pas de péritonite. Le sac du côté droit a érodé l'os iliaque; il est rempli de caillots fibrineux. L'anévrisme du côté gauche, fusiforme, avait 4 pouces de long. Ligatures en bon état. Néphrite parenchymateuse diffuse. Le rein droit présente 2 uretères s'abouchant dans la vessie.

2° Nègre de 46 ans, opéré par Locke Chew. Volumineux anévrisme de la région fessière droite. Laparotomie, incision courbe latérale; ouverture du péritoine après ligature de l'épigastrique. Ligature de l'iliaque interne. Guérison. Au 12e jour l'anévrisme était diminué d'un tiers.

L'auteur semble avoir suivi la ligne d'incision d'A. Cooper.

3° Homme de 18 ans. Anévrisme fessier gauche avec varices anévrismales. Laparotomie. Incision sur la ligne médiane. Ligature de l'iliaque interne. Guérison.

Dennis trouve à la laparotomie l'avantage d'éviter la blessure de l'épigastrique, le canal déférent, ou l'uretère de vérifier l'étendue de l'anévrisme et le point précis où doit porter la ligature. L'opération

demande moins de temps qu'avec l'incision d'A. Cooper et n'offre pas plus de dangers. A. C.

Puerperal peritonitis resulting in suppuration; spontaneous rupture of the abdominal wall, etc., par Henri ILLOWAY (*The american Journal of obstetrics, avril* 1886).

Le 27 février 1883, l'auteur est appelé auprès d'une femme âgée de 24 ans, accouchée depuis huit jours et présentant les signes d'une péritonite généralisée; il prescrit un traitement antiphlogistique, sous l'influence duquel il se produit de l'amélioration dans l'état général; un mois plus tard, on remarque une tuméfaction au niveau de l'ombilic, et une incision pratiquée par l'auteur, 24 avril 1883, donne issue à une grande quantité de pus fétide. Injections phéniquées. L'ouverture artificielle ne tarde pas se fermer, et, quelques jours après, se produit spontanément une nouvelle ouverture près de la dernière fausse côte gauche.

A ce moment intervient un nouveau phénomène : une toux fatigante avec expectoration purulente. L'odeur des matières expectorées rappelle celle du pus abdominal; l'auscultation du poumon ne permet pas de reconnaître le point de départ de cette expectoration. En janvier 1884, l'orifice spontané existe toujours, et des lavages phéniqués sont pratiqués par cet orifice à l'aide d'un drain.

La malade affirme que le liquide injecté arrive jusqu'à sa bouche et qu'elle en sent le goût. Pendant l'été 1884, une ménorragie profuse a lieu ; l'évacuation par la plaie abdominale et par l'expectoration est peu abondante.

En novembre 1885, l'expectoration purulente a cessé ; les crachats sont purement muqueux. L'état général est excellent; la malade ne tousse que la nuit et dort bien. L'ouverture abdominale est à peu près tarie. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. Il n'est pas douteux pour l'auteur qu'il n'y ait eu perforation du diaphragme et évacuation par les poumons du pus abdominal. Pareil fait a été observé chez un enfant par James F. Goodhart (*Transaction of the clinical Society of London*, 1884).

H. DE BRINON.

I. — Cure radicale des hernies, par J. Lucas CHAMPIONNIÈRE (*In*-8°, *Paris*, 1887).

II. — De la cure radicale des hernies épigastriques et adombilicales non étranglées, par TERRIER (2e *session du Congrès français de chirurgie*).

III. — Carcinom der Flexur mit Invagination der letzteren in das Rectum. (Carcinome de l'S iliaque avec invagination dans le rectum), par KULENKAMPFF (*Cent. f. Chirurg.*, n° 47, 1886).

IV. — Ueber das Verhalten des von seinem Mesenterium abgelörten Darmes (Ce que devient l'intestin dépourvu de son mésentère), par G. ZÉSAS (*Archiv f. Klin. Chirurg., XXXIII, H.* 2).

V. — Résection du côlon pour un fibrome, par JANSEN (*C. R. de la Soc. méd. de Riga*, 16 *avril* 1886).

I. — Dans ce livre, Championnière expose sa technique personnelle, d'après une série de 10 opérations qu'il a pratiquées.

Il s'attache à montrer que, grâce à une antisepsie rigoureuse, l'opération pour hernie non étranglée, très légitime, n'offre pas de dangers, et qu'on a droit d'y recourir pour remédier même à ce qui n'est que difformité.

Les vieillards, les enfants, les cachectiques, les hernieux à parois abdominales faibles, à hernies multiples, seront laissés de côté : il convient d'opérer: 1° les hernies irréductibles, source constante de dangers; 2° les hernies réductibles, mais incoercibles ; 3° les hernies congénitales avec ectopie testiculaire (dans ce cas, cure radicale combinée avec la castration); 4° les hernies douloureuses; 5° dans certaines maladies (accès d'asthme, emphysème chez un jeune sujet); 6° les convenances sociales justifient souvent cette opération; 7° il est enfin des accidents qui ne constituent pas l'étranglement (obstruction, engouement), pour lesquels on fait courir au patient tous les risques d'une expectation : il faut profiter de la circonstance, intervenir carrément et pratiquer la cure radicale.

Ces indications posées, l'auteur expose minutieusement son manuel opératoire : destruction de la séreuse, union des surfaces cruentées, point d'appui de la hernie, placement des sutures, traitement de l'épiploon (en réséquer le plus possible), du testicule, drainage, pansement.

Après l'opération, on trouve le canal que suivait la hernie, distendu par une masse qui bientôt diminue, prend consistance et forme un cordon fibreux qui semble se continuer avec la paroi jusque dans la cavité abdominale; au bout de plusieurs années, ce n'est plus qu'une ligne dure, formée par la fusion cicatricielle de tout ce qui constituait le canal et l'orifice herniaire.

On doit protéger la cicatrice à l'aide d'un bandage à large pelote : dix-huit mois, deux ans, sont nécessaires pour que la cicatrice ait acquis une solidité suffisante.

Sont rapportées en détail, 10 opérations pratiquées : 6 pour irréductibilité; 3 pour incoercibilité; 1 pour engouement. Toujours la cure radicale a été obtenue et a persisté, sauf chez une femme, qui, au bout de six mois, eut une récidive à la suite d'une bronchite très intense, compliquant une grossesse. MAUBRAC.

II. — L'intervention opératoire, dans les hernies de ce genre, donne deux espèces de résultats; elle supprime la tumeur, qui est toujours une cause de gêne pour les malades; elle fait cesser les accidents du côté du tube digestif. Terrier a pratiqué quatre fois l'opération, et les quatre fois avec succès. Aujourd'hui, après avoir réséqué le sac et avivé l'anneau, il suture au fil d'argent, comme dans la laparotomie, c'est-à-dire en prenant dans la même anse de fil la peau, les tissus sous-cutanés, l'anneau et le péritoine. L'auteur conclut en disant :

1° toutes les hernies dites graisseuses de la ligne blanche doivent être traitées par l'extirpation et la suture de l'anneau.

2° Toutes les hernies intestinales de la même région doivent être traitées comme les autres hernies, par la cure radicale avec extirpation du sac. PIERRE DELBET.

III. — Il s'agit d'une malade qui avait des melæna depuis six mois. Elle accusait de temps à autre la sensation de la pénétration d'un corps étranger dans le rectum. Après plusieurs tentatives inutiles, on put enfin sentir une sorte de polype et l'attirer hors de l'anus. C'était une petite tumeur sessile, non ulcérée, semblable à un papillome et siégeant sur une portion de l'intestin invaginée. Comme plusieurs recherches antérieures n'avaient pas permis d'atteindre la tumeur, comme on ne pouvait sentir le pli d'invagination, on pensa qu'il s'agissait de l'S iliaque. On sentait dans cette sorte d'entonnoir

communiquant avec la cavité péritonéale et compris entre les deux portions de l'intestin une sorte de masse pâteuse. C'étaient probablement des anses intestinales. Et en effet, au cours de l'opération, l'orsqu'on réséqua le point d'implantation de la tumeur, on ouvrit en même temps une anse intestinale. Il fut singulièrement difficile de la suturer au travers de l'ouverture faite dans la portion invaginée, et comme il n'était pas sûr de sa suture, l'auteur se contenta de réduire dans l'ampoule rectale. Au bout d'une semaine, le prolapsus de la portion invaginée se reproduisit. Toutes les tentatives de réduction ayant échoué, l'auteur fit la laparotomie. Incision de Littre. L'S iliaque se présente, mais les tentatives de traction donnant une sensation de déchirure, on renonce à obtenir la désinvagination totale, et on fait un anus artificiel. Après diverses péripéties, la malade a guéri. PIERRE DELBET.

IV. — Zésas tire de ses expériences des conclusions qui diffèrent de celles de Madelung et de Rydygier.

La différence des résultats obtenus ne tient nullement à l'espèce des animaux employés pour l'expérience, mais à la manière dont on isole l'intestin de son mésentère. Si on sectionne le mésentère juste au ras de l'intestin, la gangrène survient. Si au contraire on fait la séparation à une certaine distance de l'intestin, il n'y a pas de gangrène, quelle que soit la portion de l'intestin intéressée.

Voici les conclusions :

1° Quand le mésentère a été coupé près de l'intestin, la portion correspondante de l'intestin doit être réséquée.

2° Quand le mésentère a été sectionné à une certaine distance de l'intestin (2 ou 3 centimètres), la résection intestinale n'est pas indispensable.

3° La gangrène se développe d'autant plus facilement que la portion d'intestin séparée de son mésentère est plus longue.

4° Lorsqu'on sectionne l'intestin circulairement, la séparation du mésentère ne doit pas dépasser la ligne de section de l'intestin.

5° L'intestin grêle et le gros intestin supportent également bien leur séparation du mésentère faite à distance. PIERRE DELBET.

V. — Femme de 35 ans, ayant sous les dernières côtes gauches une tumeur du volume du poing, mobile, dure, ayant amené par suite de troubles digestifs graves, un état d'anémie cachectique extrême. Laparotomie médiane. La tumeur siège dans le côlon, que Jansen résèque sur une longueur de 13 centimètres. Au 8e jour, premières gardes-robes. Guérison complète. Il s'agissait d'un fibrome parti du tissu cellulaire sous la muqueuse.

A. C.

I. — Uræmie bei Verstopfung der einen Niere... (Urémie par obstruction d'un rein et absence de l'autre), par L. FEILCHENFELD (*Cent. f. Chir.*, n° 38, 1886).

II. — Paranephritis, Durchbruch des Abscesses in die Lunge (Abcès périnéphrétique ouvert dans le poumon gauche, incision, guérison), par M. JACOBY (*Berl. klin. Woch.*, 8 *mars* 1886).

III. — Teratom der Niere (Tératome du rein), par FOLTANEK (*Soc. des méd. de Vienne,* 22 *octobre* 1886).

IV. — Ein Fall von primären Nierensarcom... (Sarcome primitif du rein chez un adulte), par Eugen LAUER (*Berl. klin. Woch.*, 12 *octobre* 1885).

V. — Carcinom der linken Nebenniere und Niere (Carcinome de la capsule surrénale et du rein), par NICOLADONI (*Wiener med. Presse*, n° 21, 1886).

VI. — Néphrectomie pour cancer rénal chez l'enfant, par TRENDELENBURG (*Berl. klin. Woch.*, 5 *juillet* 1886).

VII. — Néphrectomie pour sarcome chez l'enfant, par SCHEVEN et RIBBERT (*Ibidem*, 5 *juillet* 1886).

VIII. — Fixation of floating kidney, par L.-H. DUNNING (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 19 *décembre* 1885).

IX. — Exstirpation einer Wanderniere (Extirpation d'un rein mobile), par KISPERT (*Deut. med. Woch.*, n° 50, 1886).

X. — Néphrectomie pour un rein flottant douloureux, par POLAILLON (*Bull. Acad. de méd.*, *XVI*, *n°* 28).

XI. — Extirpation du rein pour hémorragie traumatique, mort, par von ARX (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er *mai* 1886).

XII. — Ein Fall von Nephrotomie Wegen Nierenvereiterung (Néphrotomie pour suppuration rénale), par Alexander EDEL (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXIV*, *Heft* 2).

XIII. — Ueber Nieren-Exstirpationen (Dix cas de néphrectomie), par E. von BERGMANN (*Berl. klin. Woch.*, 16 *novembre* 1886).

XIV. — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par BRODEUR (*Thèse de Paris*, 1886).

XV. — Technique de la néphrectomie, par LE DENTU (*Rev. de chir.*, 10 *janvier* 1886).

XVI. — De la néphrotomie et de la néphrectomie (*Discussion au 2e Congrès de chir. Rev. de chir.*, *novembre* 1886).

XVII. — Ueber Harnleitersondirung beim Weibe (Du cathétérisme de l'uretère chez la femme, par K. PAWLIK (*Wiener med. Presse*, *n°* 44, 1886).

I. — Il s'agit d'un malade tabétique, qui urinait lentement mais n'avait jamais eu aucune espèce de crise rénale ou vésicale. Il fut pris subitement d'anurie. Huit jours après le début de cette anurie, Sonnenburg trouva la vessie vide et constata la présence d'une hydronéphrose. Une ponction donna issue à 300 grammes d'un liquide urineux légèrement teint de sang. L'état ne s'améliora pas. Trois jours après, une nouvelle ponction donna issue d'abord à un liquide urineux trouble, puis à un liquide sanguin ; mais le cathétérisme permit de retirer 300 grammes de liquide de la vessie. On pensa qu'un calcul avait oblitéré l'uretère gauche, et que le rein droit manquait. Deux jours après, le malade mourut après quatorze jours d'anurie presque complète.

A l'autopsie, on constata qu'il n'y avait à droite ni rein ni uretère. Toutefois on trouva au-dessous de la capsule surrénale un petit corps du volume d'une prune qui était avec l'aorte et la veine cave dans les mêmes rapports que le rein. Il y avait en outre sur le trajet de l'uretère deux petites masses assez semblables à des ganglions lymphatiques, mais pas d'uretère. A gauche, l'orifice de l'uretère dans la vessie était oblitéré par un calcul; le bassinet contenait 200 grammes de liquide et 10 petits calculs. Le rein était très augmenté de volume.

On s'abstint dans ce cas de toute intervention opératoire, parce qu'en l'absence de tout symptôme antérieur le diagnostic de calcul ne pouvait être certain.

PIERRE DELBET.

II. — Homme de 33 ans, ayant depuis plusieurs semaines des douleurs à la face antérieure de la cuisse droite. En avant en arrière, la région

rénale *droite* est douloureuse à la pression mais nullement saillante. Fièvre continue.

Tout à coup le malade est pris d'une violente quinte de toux et rejette plusieurs verres de pus inodore jaune. A deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base du poumon *gauche*, matité et râles à grosses bulles. Poumon droit sain.

Malgré cette ouverture spontanée, on ne constate aucune diminution des douleurs ni de la contracture du membre inférieur ni même de la fièvre qui devient hectique.

Incision au niveau du bord externe du sacrolombaire qui, donne issue à un crachoir de pus. Jacoby s'assura avec le doigt que le rein était intact, qu'il s'agissait bien d'un abcès périnéphrétique. Durant l'opération, le malade évacua pour la dernière fois du pus par la bouche au milieu de toux.

Drainage. Cessation immédiate de la fièvre. Néanmoins le rétablissement fut très lent et retardé par un petit épanchement dans la plèvre droite. Après 5 mois de guérison parfaite, la cicatrice lombaire devint douloureuse et la région s'œdématia. Une nouvelle incision ramena du pus. Drainage et guérison définitive. J. B.

III. — Foltanek a observé chez un enfant de 11 mois une tumeur qui paraissait avoir pour point de départ le rein droit et occupait toute la moitié droite de l'abdomen. La peau était tendue et sillonnée de vaisseaux dilatés. On admit un sarcome du rein.

A l'autopsie, l'enfant est mort de broncho-pneumonie ; tumeur développée à la partie postérieure de l'organe et composée de kystes de dimensions variables, contenant soit du pus, soit de la sérosité et revêtus d'épithélium simplement cylindrique ou à cils vibratiles. L. GALLIARD.

IV. — Lauer publie une observation de sarcome du rein chez un homme de 64 ans ; il existait dans les poumons et le foie des noyaux blanchâtres de même nature ; il n'a pu trouver dans la littérature que 10 autres exemples de sarcome primitif du rein chez l'adulte ; l'âge des malades variait entre 21 et 55 ans. En y joignant l'observation de Lauer, on note qu'au point de vue du sexe on compte 7 femmes pour 4 hommes, c'est la proportion inverse du carcinome qui, lui, est beaucoup plus fréquent dans le sexe masculin. Une fois le sarcome était bilatéral (cas de Tellegen, *R. S. M., VIII*, 109) ; 8 fois il occupait le rein droit et 2 fois seulement le gauche. Cette prédilection pour le côté gauche est commune à toutes les tumeurs malignes du rein. L'hématurie n'est signalée que 4 fois (Lauer dit 3, parce qu'il compte à tort l'observation de Braun (*R. S. M., XX*, 290,) parmi celles où le symptôme a fait défaut. 3 fois seulement il existait des métastases (dans le foie et dans le poumon ou dans le foie et l'épiploon), et toujours alors il s'agissait du sarcome à petites cellules rondes. L'extirpation a été pratiquée 7 fois, dont 3 avec succès, par Lossen (*Deutche Zeitsch. f. Chirurgie, XIII*, 1880), par Czerny (obs. Braun *loc. cit.*) et par Thornton. (*Transact. of the pathol. Soc. of. London*, 1883). (*R. S. M., IX*, 519 ; *XIII*, 238.) J. B.

V. — Femme de 35 ans, portant à l'hypochondre gauche une tumeur grosse comme une tête d'enfant, assez mobile. En avant de la tumeur, on constate la présence d'anses intestinales. État général satisfaisant. On admet une tumeur du rein ou plutôt de son enveloppe, car l'urine est normale.

Douleurs et troubles fonctionnels en décembre 1885. L'urine reste claire.

Laparotomie le 28 février 1886. Incision sur la ligne médiane. Division du mésocôlon descendant. La tumeur a des adhérences nombreuses, causes d'hémorragies ; extirpation. L'opération dure en tout deux heures et demie. Mort au bout de 14 heures.

La tumeur est arrondie, a la grosseur d'une noix de coco et pèse 1250 grammes. Le rein est fixé à l'extrémité inférieure de cette tumeur.

Il s'agit là d'un carcinome développé dans la capsule surrénale; le rein présente plusieurs noyaux carcinomateux. Pas de cancer des autres organes.

L. GALLIARD.

VI. — Enfant de 9 ans, chez lequel, depuis 2 ans, s'était développée, dans la moitié droite de l'abdomen, une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Pour faire le diagnostic d'avec un kyste hydatique du foie, Trendelenburg recourut à la méthode de Sp. Wells (distension du côlon par un fluide). Laparotomie. Il ne fut pas possible de faire l'opération en restant en dehors du péritoine, parce que le repli de la séreuse n'allait pas au delà de la ligne axillaire postérieure. Énucléation facile de la tumeur, après section de quelques adhérences au foie et à la vésicule. Suture à étages. La secrétion urinaire n'a jamais offert le moindre trouble. Guérison. J. B.

VII. — Fillette âgée de 4 ans, ayant une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte. Mort le 6e jour après l'extirpation.

Autopsie par Ribbert. La tumeur, développée aux dépens des parois du bassinet dilaté, se composait d'une agglomération de masses polypiformes, de volume variable, de consistance molle, offrant la texture du sarcome à cellules fusiformes.

Dans l'uretère, on trouvait une série d'excroissances polypoïdes, pédiculées variables, des dimensions d'une tête d'épingle à une cerise, et de même structure histologique que la masse du bassinet. J. B.

VIII. — Les conclusions du mémoire de Dunning sont les suivantes :

a) Le rein possède normalement un certain degré de mobilité.

b) L'opération destinée à fixer un rein flottant doit, autant que possible, permettre consécutivement cette mobilité relative de l'organe.

c) Aussi la capsule doit-elle être laissée intacte et, si possible, libre de toute adhérence.

d) Donc, c'est non pas la capsule, mais bien l'enveloppe graisseuse qu'il convient de suturer dans l'opération du rein flottant. R. JAMIN.

IX. — Femme de 59 ans, chez qui l'auteur a diagnostiqué, en 1880, un rein flottant droit.

Le 19 avril 1886, opération d'après le procédé de Simon. Fixation du rein qui se présente après l'incision des parois abdominales. Excision, ligature du hile. Iodoforme. Après l'opération, apyrexie complète. La malade se lève le 35e jour. Le 1er jour, elle a uriné 675 grammes, le 3e 945; les jours suivants la quantité a varié de 800 à 1,300. Le poids spécifique était d'abord de 1,012 à 1,024, puis il a varié généralement de 1,010 à 1,020. Urine toujours acide. Jamais d'albumine.

Le rein extirpé mesurait 0m,125 de long, 0m,7 de large, 0m,52 d'épaisseur. Aux deux pôles étaient des kystes gros comme des noix; on en voyait d'autres plus petits à la surface.

L'opérée est très heureuse de sa bonne santé actuelle. L. GALLIARD.

X. — Jeune femme de 30 ans souffrant horriblement d'un rein droit si mobile qu'il se rencontrait indifféremment dans toutes les régions du ventre et qu'on pouvait le saisir entre les doigts à travers les parois abdominales.

Laparotomie sur la ligne médiane; mais, au lieu de trouver un rein pédiculé, on constata que l'organe se mouvait dans le tissu cellulaire lâche de l'espace rétropéritonéal et qu'il ne se comportait en aucune façon comme une tumeur pédiculée. Pour le mettre à découvert, Polaillon fut obligé d'attirer hors du ventre une partie de l'intestin grêle, puis de le faire glisser en dehors du côlon ascendant jusque dans le flanc droit, où il fut saisi et énucléé après déchirure du péritoine à sa surface. Guérison complète au bout de 25 jours. GASTON DECAISNE.

XI. — Homme de 59 ans : à la suite d'une chute dans laquelle la région lombaire droite porte contre un corps dur anguleux, vive douleur dans la région rénale correspondante, et émission d'urines sanglantes qui continue sans interruption pendant 10 jours. A partir du 14e jour, l'urine redevient claire, mais le blessé ayant quitté l'hôpital est repris dès le lendemain d'hématuries qui résistent à toutes les médications. Au bout de 5 jours, l'état du malade devient de plus en plus inquiétant, on décide l'extirpation. Incision lombaire classique. Le rein, déplacé à la suite de l'accident, est difficile à découvrir. La capsule ouverte, on distingue une déchirure confondue d'abord avec le hile; et sur le bord convexe elle renferme un caillot de la grosseur d'un œuf de poule.

Lavage de la plaie avec le sublimé. Drainage. Mort 24 heures après par épuisement.

A l'autopsie, aucune trace de septicémie ni d'hémorragie. J. B.

XII. — Ce malade, âgé de 39 ans, souffrait depuis vingt ans de coliques néphrétiques. Le 16 août 1885, il fut pris d'une nouvelle crise, et bientôt il présenta le tableau clinique du volvulus. On pratiqua des injections rectales, le lavage de l'estomac. Le 20, des gaz furent émis avec quelques scybales. Mais l'état général ne s'améliora pas et, le 28, le malade se plaignit de douleurs dans l'hypocondre gauche. V. Bergmann, pensa qu'il s'agissait d'une péritonite circonscrite. Le 11 septembre, une tuméfaction diffuse et pâteuse se développa dans la région inguinale. Le surlendemain, le scrotum prit les proportions d'une tête d'enfant. V. Bergmann fit une ponction exploratrice dans l'abdomen et en tira du pus. Les parois abdominales furent incisées; deux litres de pus s'écoulèrent. Mais le péritoine n'était pas ouvert. Incision dans le pli de l'aine, au scrotum; large drainage. Le malade fait un abcès du poumon. Le 22, il est pris d'une nouvelle crise néphrétique, et ces crises se renouvellent à plusieurs reprises. Pendant les crises douloureuses, l'urine ne contient ni albumine, ni pus; mais la réapparition de ces matières dans l'urine coïncide avec la cessation des douleurs. Il est facile de conclure de ces fait que le reins gauche ne secrète pas pendant les crises et que c'est alors le rein droit parfaitement sain qui produit une urine normale.

Le 14 octobre, V. Bergmann pratique la néphrotomie. On trouve d'abord un abcès périnéphrétique qui a fusé derrière le péritoine jusque dans le scrotum. De plus, le rein lui-même n'est plus qu'une cavité purulente. Il est largement incisé.

25 jours après l'opération, le malade est pris de nouvelles douleurs très vives du côté gauche; la suppuration redevient très abondante. Le 12 janvier, on désunit toute la suture, la cavité rénale n'a plus que la dimension d'une petite pomme ; mais on trouve une petite ouverture qui conduit dans un abcès sous-diaphragmatique. Le diaphragme n'a pas été percé. Drainage et lavages. L'état général se relève. Le 25 mars, le malade rétabli se lève toute la journée. Il reste une petite fistule rénale qui ne donne passage à l'urine que la nuit dans le décubitus dorsal. PIERRE DELBET.

XIII. — 1er *cas*. Femme de 41 ans, ayant une tumeur grosse comme une tête d'enfant dans la moitié gauche du ventre. Laparotomie le 12 juin 1883. Incision le long du bord externe du grand droit gauche commençant à deux travers de doigt au-dessus du rebord des côtes et se terminant immédiatement audessus de l'arcade fémorale. Le péritoine ouvert, la tumeur se présente entre les feuillets du mésocôlon descendant qu'on incise sur la sonde cannelée. En attirant la tumeur, il s'en détache un fragment gros comme un œuf de pigeon qui avait perforé le mésocôlon interne ; cette portion de tumeur reçoit de tous côtés des vaisseaux gros comme des plumes de corbeau. Le trou du mésocôlon est fermé avec du catgut. L'énucléation de la portion principale

de la tumeur fut facile, mais il fallut lier beaucoup de vaisseaux volumineux ; pas de pédicule ; hémorragie peu considérable. Mort au 3e jour, sans autopsie. La tumeur était un sarcome très vasculaire, à cellules rondes.

2e *cas*. Femme de 38 ans, ayant depuis une dizaine d'années dans le côté gauche du ventre une tumeur qui a les dimensions d'une tête d'enfant, dure, très mobile. Bergmann diagnostique un rein flottant devenu cancéreux. La laparotomie fit voir qu'il s'agissait d'une dégénérescence kystique du rein. Mort au milieu du 3e jour. Autopsie : épanchement abdominal de 1/2 litre formé de sérosité sanguinolente, tenant en suspension des flocons opaques ; anses intestinales adhérentes entre elles et aux lèvres de la plaie. Le rein droit est volumineux et également farci de kystes variables entre un pois et un œuf de poule. Cancer pylorique gros comme une petite pomme. Angiome ayant les dimensions d'une noisette dans le lobe gauche du foie.

Depuis ces deux insuccès, Bergmann a renoncé à l'incision abdominale et préconise une incision oblique.

3e *cas*. Femme de 54 ans, ayant depuis 18 mois des hématuries sans avoir perdu de son embonpoint. Dans le ventre, on trouve une tumeur mobile en tous sens que Bergmann juge être un carcinome ou un sarcome du rein. Opération le 25 septembre 1884. Incision commençant au niveau de la onzième côte et du bout externe du grand dorsal, et se terminant à l'union des tiers externe et moyen du ligament de Poupart. En décollant le péritoine avec un instrument mousse, Bergmann le déchira et referma aussitôt la solution de continuité avec du catgut très fin. A la surface de la tumeur, se trouvaient de nombreuses veines plus grosses que le pouce qu'il fallut lier. Puis Bergmann tira le pédicule en trois. Dès le 6e et le 7e jour, l'opérée rendait 1,440 et 1,480 grammes d'urine. Des abcès de la plaie abdominale, et plus tard de la diarrhée avec coliques, retardèrent la convalescence de cette femme qui, un an après l'opération, se trouvait encore en bonne santé.

Les autres cas se rapportent à des suppurations du rein : une seule opération s'est terminée fatalement. Aussi Bergmann défend-il la néphrectomie contre les critiques de Billroth (*R. S. M.*, XXVII, 297), qui assure que la néphrite suppurée est généralement bilatérale, et que, lorsqu'elle n'existe que d'un seul côté, on n'a pas de moyens pour le reconnaître. Or, chez ses 5 malades, Bergmann a parfaitement fait le diagnostic.

La 10e observation se rapporte à une hydronéphrose chez un homme de 48 ans. Guérison rapide.

XIV. — Basé sur l'analyse de 327 observations, ce travail constitue un document important et expose l'état actuel de la chirurgie du rein. L'auteur envisage successivement les diverses lésions de cet organe, discute les indications opératoires qui en résultent et expose les résultats obtenus jusqu'à présent par leur traitement chirurgical.

En cas de rein mobile très douloureux amenant des phénomènes généraux graves, c'est à la néphrorraphie ou fixation du rein qu'on doit recourir, si le traitement palliatif est impuissant. Quand, au contraire, le rein douloureux est fixé dans une position anormale, c'est pour la néphrectomie que l'on doit se décider. Sur 10 néphrorraphies on n'a eu que 2 morts, (collapsus); sur 25 néphrectomies on en a eu 8.

Le meilleur traitement de l'hydronéphrose, surtout suppurée, est l'ouverture large et antiseptique de la poche par la région lombaire (néphrotomie); ce qui permet quelquefois de lever l'obstacle à l'écoulement de l'urine. Si la persistance d'une fistule oblige plus tard à la néphrectomie, celle-ci sera faite dans les meilleures conditions et on aura pu s'éclairer sur l'état de l'autre rein. L'auteur a relevé 22 néphrectomies,

dont 10 lombaires avec 6 guérisons et 12 abdominales avec 7 guérisons; et 10 néphrotomies, dont 5 lombaires, toutes guéries, et 5 abdominales qui ont aussi guéri, mais dont 2 ont été suivies de fistule persistante.

Les kystes du rein sont d'un pronostic extrêmement grave à cause de leur généralisation fréquente aux deux reins, aussi la néphrectomie est-elle contre-indiquée (elle a donné, sur 11 cas, 4 guérisons et 7 morts). Si le chirurgien croit devoir intervenir, il doit ouvrir la cavité kystique, plutôt par la région lombaire que par l'abdomen et suturer les bords de la poche à la plaie; Péan a ainsi guéri un malade. Pour les kystes hydatiques, la néphrotomie lombaire est aussi le meilleur traitement, elle a donné trois guérisons sur 3 cas.

Sur 17 néphrectomies pour cancer du rein, il n'y a que 6 guérisons. Pour le sarcome, au contraire, on a obtenu 14 guérisons sur 29 cas de néphrectomie; la voie abdominale paraît préférable. Enfin sur 10 opérés, pour tumeur fibreuse, l'ablation a donné 8 guérisons, ce qui doit engager à l'intervention.

En présence d'une contusion du rein avec hémorragie menaçant la vie, Simon conseille la néphrectomie lombaire; mais cette indication est encore discutée; à la période de suppuration, on est d'accord pour conseiller l'incision lombaire qui a sauvé 4 malades sur 7. Quand il existe une hernie du rein avec plaie de l'organe, pouvant amener la mort par hémorragie, il faut faire la néphrectomie d'emblée.

Une fistule urinaire, qui a pour origine le rein ou l'uretère, impose la néphrectomie si le rein opposé est sain, à moins qu'il ne s'agisse d'une fistule consécutive à l'ouverture d'un kyste congénital ou acquis du rein. 18 néphrectomies, dont 17 lombaires, ont donné dans ces conditions 13 guérisons.

Les calculs du rein déterminant des douleurs persistantes ou des phénomènes d'urémie doivent être traités par l'incision lombaire du rein ou du bassinet, avec fragmentation du calcul s'il est trop volumineux. Sur 25 opérations de ce genre, il y a eu 23 guérisons, sans fistule persistante. Dans 3 cas, l'urine a passé par la plaie lombaire pendant 3 semaines, 45 et 78 jours.

En présence d'un malade atteint de pyélo-néphrite calculeuse, Brodeur conseille l'incision lombaire avec extraction des calculs, la néphro-lithotomie, bien qu'elle ait donné des résultats un peu moins bons que la néphrectomie. Celle-ci est trop hasardeuse à cause de l'incertitude qui existe sur l'état du rein opposé. La néphrectomie a donné 24 guérisons sur 44 cas (55 0/0), la néphrotomie 6 sur 16 (37 0/0).

Pour les pyélo-néphrites non calculeuses, la néphrotomie a donné de meilleurs résultats, 8 guérisons sur 16 cas (50 0/0); il ne faut recourir qu'en dernière ressource à la néphrectomie lombaire qui a donné cependant la même proportion de succès, (16 guérisons sur 24 cas.) Sur 5 opérés de néphrectomie abdominale, un seul a guéri.

Pour la pyélo-néphrite tuberculeuse, l'auteur conseille l'incision lombaire exploratrice et l'ablation avec la curette des foyers caséeux suppurés ou non. Si la lésion est limitée, la néphrectomie et toute la glande est envahie, même si les poumons sont pris. Sur 21 cas de pyélo-néphrites tuberculeuses, traitées chirurgicalement, il relève 9 guérisons.

Les 327 opérations sur le rein, réunies dans ce travail, ont donné

127 morts, dont la plupart sont dues au collapsus, à l'anurie ou à l'urémie. 17 opérés sont morts de péritonite et 8 d'hémorragie. MAURICE HACHE.

XV et XVI. — Étude comparée et discussion des divers procédés de néphrectomie, du manuel opératoire, des indications et des accidents consécutifs.

D'après *Le Dentu*, il faut préférer la néphrotomie, ou du moins commencer par elle, dans les suppurations rénales, les pyonéphroses proprement dites, dans l'hydronéphrose simple et dans les kystes multiloculaires.

Dans la néphrectomie rétropéritonéale, il faut rejeter l'incision droite de Simon, qui ne donne pas assez de jour, et lui préférer les incisions courbes ou obliques, peu importe leur variété. L'énorme incision qu'a proposée récemment Kœnig est inutile ; et si la tumeur est par trop volumineuse, mieux vaut faire le morcellement.

En s'appuyant sur le travail de Hole, qui a constaté que la douzième côte manque une fois sur vingt, Le Dentu conclut qu'il faut s'abstenir de toute résection costale dans la néphrectomie.

Pour ce qui est du pédicule, il faut, autant que possible, lier isolément ses différents éléments. La méthode transpéritonéale doit être évitée. Les reins mobiles eux-mêmes sont souvent justiciables de la méthode rétropéritonéale, et peut-être la néphrorraphie doit-elle être préférée.

Lucas-Championnière pense que, dans la plupart des cas de pyonéphrose, il faut commencer par la néphrotomie. L'opération extrapéritonéale est plus simple, plus facile et moins dangereuse, il faut la préférer.

Le cathétérisme des uretères, les méthodes compliquées de palpation, tous les procédés d'exploration qu'on a recommandés, sont choses inutiles. Quand on a quelque doute, il faut ouvrir le ventre et voir ce qu'il y a.

Bouilly a fait deux néphrotomies pour des suppurations rénales et deux néphrectomies pour des reins flottants. Les suppurations rénales sont souvent polikystiques ; il est important, lors de l'opération, de bien détruire toutes les brides qui séparent les loges.

Demons pense que, dans les pyonéphroses avec abcès périnéphrétiques, il faut préférer la néphrectomie. Pour ce qui est du pédicule, la ligature en masse lui semble parfaitement suffisante.

Malherbe présente une observation de néphrectomie pour pyonéphrose. Au cours de l'opération, le péritoine fut ouvert sur une longueur de 5 à 6 centimètres sans suites fâcheuses.

Schwartz rapporte une observation d'abcès du rein qui faisait saillie exclusivement du côté de l'abdomen. Cet abcès fut ouvert et guéri par la méthode transpéritonéale.

Ollier étudie les indications de la néphrectomie sous-capsulaire. Quand le rein est petit et sain, il est préférable de faire la séparation au niveau de la capsule graisseuse. Dans les maladies aiguës, la question est plus délicate, car on ne sait pas grand'chose des adhérences qui s'établissent alors entre le rein et la capsule fibreuse. Pour élucider cette question, l'auteur a déterminé chez des chiens des néphrites aiguës. Au bout de deux ou trois mois, il y avait certainement des adhérences; mais cependant le décollement sous-capsulaire entraînait moins d'hémorragie que la séparation par l'autre méthode. Dans les cas anciens,

il n'y a pas à hésiter; il faut inciser d'emblée jusqu'à la capsule fibreuse et faire le décollement sous-capsulaire. Cette méthode a deux principaux avantages : elle met à l'abri de l'hémorragie, qui peut être très grave dans les cas d'épaississement fibro-lardacé et de vascularisation de l'atmosphère celluleuse; elle permet de se tenir à distance du péritoine et d'éviter les péritonites par propagation. Il va de soi que le décollement sous-capsulaire est absolument contre-indiqué dans les cas de néoplasmes. Pour ce qui est des incisions, il faut les faire grandes; les sutures musculaires peuvent rendre de grands services. Si l'on ne peut obtenir assez de jour, il faut réséquer sans hésiter la douzième et même la onzième côte. Les résections faites par la méthode sous-périostée ne présentent aucun danger sérieux.

Jeannel rapporte un cas de tumeur du rein qui, ayant pénétré dans le mésentère en le dédoublant, avait déterminé des symptômes d'étranglement interne. La néphrectomie fut faite; le malade mourut du choc.

Bœckel communique une observation de néphrectomie faite pour un kyste hydatique de la substance corticale du rein. L'opération fut pratiquée par la méthode transpéritonéale. L'incision a porté sur la ligne blanche; le pédicule fut lié en trois faisceaux distincts; les lèvres du péritoine postérieur n'ont pas été suturées. En six jours, la guérison était complète.

Doyen relate l'observation d'une néphrectomie faite pour un cas d'hydronéphrite aiguë, consécutive à la fermeture spontanée d'une fistule et suivie de guérison.

Segond rapporte deux observations de néphrectomies; l'une fut faite pour une hydronéphrose suppurée. Le point intéressant de cette observation, c'est que l'application d'une pince sur le pédicule détermina la rupture de l'artère et une hémorragie formidable, dont on put heureusement triompher.

La seconde opération a été pratiquée par la méthode transpéritonéale pour un rein flottant; l'opération n'a présenté aucune difficulté. L'auteur déclare que, dans les cas semblables, il aurait encore recours à la laparotomie, à moins que la néphrorraphie ne fût démontrée être une bonne opération.

D'après *Trélat*, on n'a pas souvent à choisir entre la néphrotomie et la néphrectomie. Les fistules persistantes, les néoplasmes, les reins flottants, ressortissent inévitablement à la néphrectomie. Pour tous les cas qui se rattachent aux calculs rénaux et à leurs conséquences, l'indication est moins nette. Mais, dans tous les cas, c'est dans la région des reins qu'il faut inciser, et l'opération doit être conduite de façon à pouvoir faire, soit une néphrotomie si cela est suffisant, soit une néphrectomie si besoin en est. Dans les néoplasmes ou les fistules, le choix de la méthode est plus incertain; mais, dans plusieurs cas, le diagnostic est douteux, et le siège abdominal de la tumeur conduit à la méthode transpéritonéale. Cette méthode, qui n'a que l'inconvénient relativement minime d'ouvrir le péritoine, permet d'aborder franchement la tumeur, de traiter facilement le pédicule; elle mérite d'être conservée au moins pour certains cas.

La méthode *parapéritonéale* est indiquée dans les tumeurs rénales qui font saillie sur le côté. Dans ces cas, l'incision de Langenbeck est

bonne. Toutefois, Trélat reporte l'incision un peu en dehors, parce qu'au niveau du bord externe du muscle grand droit, le péritoine est particulièrement adhérent et difficile à manier. PIERRE DELBET.

XVII. — Pawlik défend, contre les attaques dont il a été l'objet, son procédé de cathétérisme des uretères chez la femme (Voy. *R. S. M.*, XXI, 518). Il donne les détails de dix observations pour en faire apprécier les résultats :

1° Cathétérisme de l'uretère gauche chez une femme atteinte de coliques néphrétiques, sans lithiase. La sonde déplace un bouchon muqueux. Guérison immédiate. Plus tard les accès reviennent, mais légers.

2° Tentatives de dilatation de l'uretère gauche rétréci, chez une femme ovariotomisée. Résultat médiocre. On est obligé d'extirper le rein.

3° Dans un cas où Billroth songeait à pratiquer une néphrectomie, on analyse séparément les sécrétions des deux reins et l'on reconnaît que les deux organes sont malades. L'opération est donc inutile.

4° En analysant séparément l'urine des deux uretères, on constate que l'un des reins est sain. Billroth extirpe l'autre rein (pyélo-néphrite calculeuse).

5° Chez une fille de 17 ans, on hésite entre deux diagnostics : tumeur de l'ovaire droit ou tumeur développée dans le rein droit flottant. L'auteur se prononce en faveur de la première hypothèse, car la sonde pénètre dans l'uretère droit d'une façon normale ; le rein droit est donc en place. On extirpe la tumeur ovarienne.

6° Cathétérisme d'une hydronéphrose droite volumineuse. Chaque fois que la patiente éprouve de la gêne, elle sollicite le cathétérisme que l'auteur a pratiqué chez elle plus de 30 fois.

7° Hématurie de cause inconnue. Le procédé de l'auteur montre que le sang vient des deux reins et qu'il s'agit probablement d'une double pyélonéphrite.

8° Tumeur attribuée d'abord à l'ovaire droit. En sondant l'uretère, l'auteur fait le diagnostic de tumeur du rein droit ; il sonde l'autre uretère qui est normal ; on peut donc pratiquer le néphrectomie à droite. Elle est faite par Albert.

9° Cas analogue au précédent (néphrectomie par Czerny).

10° Diagnostic d'une hydronéphrose. L. GALLIARD.

I. — Étude sur les vessies à cellules, per A. ROBELIN (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale, par THIRIAR (2ᵉ *Cong. franç. de chir. Rev. de chir.*, 1886).

III. — Des indications opératoires dans l'albuminurie, par DUMÉNIL (*Ibidem*).

IV. — Die Entzündungen des prævesicalen Raumes (Les abcès de la cavité de Retzius), par PINNER (*Deut. Zeit. f. Chir. Band XXIII, Heft* 5 *et* 6).

V. — Der Mythus von Cavum Retzii, par W. ROSER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 39, 1886).

VI. — Vesico-genito-postfemoral neuralgia and neuritis, par L.-C. GRAY (*N. York neurol. Soc.*, 5 *octobre* 1886).

VII. — Modificazioni della operazione del fimosi, par G. SOFFIANTINI (*Giorn. ital. delle mal. veneree, septembre-octobre* 1886).

VIII. — Sclérose des corps caverneux, par MAURIAC (*Gaz. hebd. de méd., sept.* 1886).

IX. — Spermatorrhée et cyanospermie, par O. GUELLIOT (*Ann. des mal. des org. gén. urin., mai* 1886).

I. — Ce travail étudie au point de vue clinique, mais surtout au point

de vue anatomo-pathologique, les cellules vésicales, c'est-à-dire ces tumeurs produites par la hernie de la tunique muqueuse à travers les fibres écartées de la tunique musculaire de la vessie ; cependant, sur les petites cellules, au début, on peut rencontrer des fibres musculaires.

Leur siège de prédilection est sur les parties latérales et au sommet de l'organe; néanmoins, on peut les rencontrer partout, même dans le trigone, contrairement à ce qui a été soutenu. De forme ordinairement sphéroïde, parfois elles ne dépassent pas le volume d'un pois ; mais on les a vu atteindre six fois celui de la vessie vraie.

Chez les prostatiques, les petites cellules sont fréquentes, les grandes exceptionnelles. Cet état pathologique est l'apanage de la vieillesse et du sexe masculin, car on l'a observé très rarement chez la femme et l'enfant. D'ailleurs, lié intimement à des troubles de la miction, il est produit, non par la distension, mais par les contractions forcées de la vessie, qui a à surmonter un obstacle. R. JAMIN.

II. — Thiriar pense que le dosage de l'urée a une valeur réelle, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic d'une tumeur abdominale. Dans 46 cas, il a fait ce dosage et en a toujours tiré de précieux renseignements. Deux conditions sont indispensables pour que l'analyse des urines acquière une valeur réelle. D'abord l'analyse doit porter sur un échantillon du produit total de l'urine émise dans les 24 heures. En second lieu les analyses doivent être répétées 10 ou 15 jours de suite. Il faut encore que les malades soient exempts de tuberculose et de néphrites, et qu'ils soient apyrétiques. L'augmentation de la qualité d'urée due aux modifications de l'alimentation est toujours transitoire.

Dans les tumeurs abdominales bénignes, il y a toujours plus de 12 grammes d'urée éliminées dans les 24 heures. Au contraire, dans les tumeurs malignes, il y a toujours hypo-azoturie. PIERRE DELBET.

III. — L'albuminurie n'est pas tout ; elle n'a même qu'une importance secondaire quand les éléments de l'urine sont en quantité normale, quand le rein, en d'autres termes, remplit bien ses fonctions éliminatrices. Dans ces cas, elle ne doit pas arrêter le chirurgien ; elle peut même devenir une indication dans les cas de suppurations anciennes. Il est probable, en effet, que la suppression de la suppuration peut arrêter la dégénérescence amyloïde. C'est l'avis de Bartels. Verneuil a deux cas qui le prouvent. Duménil en cite un autre.

En somme, si l'albuminurie est simple et de date récente, les matériaux de l'urine étant en quantité normale, elle est susceptible de s'améliorer à la suite de l'opération, il faut donc opérer. PIERRE DELBET.

IV. — Le travail de Pinner présente une analogie singulière avec celui de Leusser paru presque en même temps dans le volume XXIII des *Archives de Langenbeck*, et que l'auteur ne paraît pas connaître. Leurs conclusions sont absolument les mêmes.

Après avoir exposé ses recherches anatomiques personnelles, l'auteur adopte l'opinion de Pauzat (*Gaz. méd.* 1880) et divise l'espace appelé cavité de Retzius en deux cavités, c'est-à-dire en deux espaces celluleux, un espace sous-musculaire, un espace prévésical, séparés par le fascia transversalis de Cooper qui forme en somme la paroi postérieure de la gaine des muscles droits, de la ligne semi-lunaire de Douglas au pubis.

Des collections purulentes peuvent se développer isolément dans cha-

cune de ces cavités, et même d'un seul côté de l'espace sous-musculaire, d'où des différences symptomatiques qui rendent quelquefois le diagnostic différentiel. MAURICE HACHE.

V. — Hyrtl a eu une expression malheureuse, lorsqu'il a désigné sous le nom de cavité de Retzius le tissu cellulaire situé derrière la symphyse. Ni les observations anatomiques, ni la marche des abcès ne justifient cette conception. La prétendue cavité n'est pas fermée en haut; on sait que les abcès prévésicaux peuvent aller s'ouvrir près de l'ombilic; elle ne l'est pas en dehors; les abcès situés en avant de la vessie peuvent parfaitement passer sur le côté. L'auteur cite des observations à l'appui. Il a observé un kyste suppuré de l'ouraque, et il se demande si un certain nombre de collections purulentes désignées sous le nom d'abcès de la cavité de Retzius n'avaient pas la même origine.

Roser déclare également qu'il ne croit pas à l'existence de cet espace qu'on a décrit derrière le ligament triangulaire de l'urètre et auquel on a fait jouer un rôle dans les abcès urineux du périnée. Au reste, ce ligament triangulaire n'est qu'un faible épaississement des muscles profonds du périnée. L'auteur pense que le véritable mécanisme des abcès du périnée est le suivant. L'union intime du bulbo-caverneux avec le sphincter de l'anus, complété latéralement par les deux transverses superficiels et profonds, empêche le pus de se faire jour derrière le bulbo-caverneux lorsque l'infiltration vient de la portion membraneuse et du bulbe. Si on tarde à inciser, le pus se précipite en avant, détruit la même aponévrose à l'extrémité antérieure du bulbo-caverneux et pénètre dans les bourses et dans la région de l'anus. PIERRE DELBET.

VI. — Gray décrit deux cas de névralgie vésico-génito-postfémorale; d'après lui, cette affection n'a pas encore été décrite.

Le premier malade est un homme de 40 ans souffrant tous les étés d'accès de malaria et ayant eu des névralgies gastriques et intestinales. Au mois de juillet, il éprouva, en sortant du lit, une douleur atroce au pubis, au périnée, au scrotum et jusqu'à l'extrémité de la verge, en même temps qu'à la partie postérieure des deux cuisses. La névralgie s'est manifestée pendant quatre jours; on a dû sonder le malade, mais il n'a pas été suivi.

L'autre sujet est une femme de 35 ans, atteinte précédemment de sciatique. Chez elle, névralgie pubienne génitale et fémorale avec rétention d'urine. Les régions endolories sont frappées d'anesthésie pendant plusieurs mois et la malade a de l'incontinence d'urine. L. GALLIARD.

VII. — Ces modifications portent sur l'incision dorsale (Campana) ou inférieure (Scarenzio) de la couche muqueuse qui recouvre encore le gland quand l'extrémité préputiale a été excisée.

Le procédé opératoire de Scarenzio est surtout vanté par l'auteur: c'est, d'après lui, celui qui donne les résultats les plus satisfaisants au point de vue de l'élargissement du prépuce (peau et muqueuse) et du maintien de sa conformation normale. Soffiantini signale en outre, avec trois observations à l'appui, les avantages d'un procédé de suture, également dû à Scarenzio, permettant de remplacer les serre-fines par un seul fil de soie pour l'adaptation exacte des couches muqueuse et cutanée du prépuce sectionné. R. JAMIN.

VIII. — La sclérose des corps caverneux n'est que très rarement d'origine syphilitique. Les faits que Mauriac a observés peuvent se diviser au point de vue de l'étiologie en quatre groupes: dans le 1er, le dévelop-

pement de la sclérose paraît avoir été spontané; dans le 2e, elle semble provenir d'une ou de plusieurs blennorragies antérieures ; dans le 3e, on peut la rattacher à la syphilis, bien que cette provenance soit fort problématique ; enfin dans le 4e elle se rapporte à l'arthritisme ou au diabète.

Cette affection est le résultat de la transformation partielle du tissu érectile des corps caverneux en tissu fibreux. Son évolution est presque toujours la même. Elle se développe insidieusement, sans provoquer de douleur.

Les altérations de tissu qui lui donnent naissance sont encore fort mal connues, aucune autopsie n'ayant été pratiquée.

La sclérose des corps caverneux n'a pas d'influence sur la santé générale, qui reste parfaite. Elle n'entraîne pas de complications, ni du côté des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, ni du côté des testicules, de l'urètre ou de la vessie.

Le pronostic est sérieux, en ce sens que l'affection est très longue et que même, dans la plupart des cas, elle ne guérit jamais. Ce qui l'aggrave encore à ce point de vue, c'est que jusqu'ici tous les traitements, antisyphilitiques et autres ont complètement échoué. RICHARDIÈRE.

IX. — Guelliot rapporte le cas d'un malade atteint de spermatorrhée vraie, guéri par les instillations de nitrate d'argent. Ce cas présentait, en outre, cette particularité à noter, que les éjaculations spermatiques involontaires laissaient sur le linge des taches nettement colorées en bleu (cyanospermie). Le sperme contenait, outre des spermatozoïdes, des sympexions, et des cellules épithéliales, des granulations ayant approximativement le cinquième du volume d'un globule rouge du sang, apparaissant d'un bleu extrêmement intense, mais un peu plus pâles à leur centre. Aucune trace de pus n'existait dans le liquide éjaculé; de plus, le malade ne prenait à ce moment ni fer, ni cuivre, ni composés iodés.

Ultzmann, le seul auteur qui ait signalé pareil fait, l'attribue à la présence de l'indigo dans le sperme. Guelliot tendrait plutôt à admettre la sécrétion d'un organisme inférieur, d'un microbe chromogène, pouvant vivre et proliférer dans l'urètre et dans les voies spermatiques, à la façon du gonococcus de Neisser : cette opinion se rapprocherait de celle de Charrin, relativement au rôle du micrococcus pyocyaneus dans le pus bleu. R. JAMIN.

I. — De la tuberculose primitive des bourses, par RECLUS (2e *Congrès franç. de chirurgie*, *Rev. de chirurgie*, *novembre* 1886).

II. — Traitement de l'hydrocèle par l'incision des bourses et l'excision de la tunique vaginale, par TÉDENAT (*Ibidem*).

III. — Sur cinq observations d'hydrocèles traitées par l'incision des bourses et l'excision de la vaginale, par RECLUS (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XII*, *p.* 534-539).

IV. — Examen des procédés d'opération de varicocèle, par LE DENTU (*Ibidem*).

I. — Reclus se propose de démontrer que le fongus bénin de Jarjavay n'est que la conséquence de la tuberculose des bourses. Deville avait pensé

que la hernie du testicule était causée par une tuberculose de l'épididyme. Mais Reclus a observé deux cas de fongus consécutifs à l'ouverture de petits abcès et dans lesquels l'épididyme et le testicule étaient à peu près complètement sains. Force est d'admettre que dans ces cas il y a eu une tuberculose primitive des bourses, que les foyers tuberculeux se sont ramollis, ouverts au dehors, et que c'est l'ouverture ainsi formée qui a donné passage au testicule. Reclus pense que ces cas ne sont pas exceptionnels et que les choses se passent toujours ainsi. En effet, dans les tuberculoses épididymaires, s'il survient des fistules, c'est toujours en arrière. Au contraire, dans le fongus, c'est toujours en avant que siège la tumeur. En outre, dans les trente-trois cas de fongus recueillis par Deville, la lésion était unilatérale. C'est là un fait difficile à expliquer pour qui connaît la fréquence de la bilatéralité des tuberculoses épididymaires. Au contraire, le fait s'explique aisément si l'on admet qu'il s'agit d'une tuberculose des bourses.

Syme avait proposé, dans les hernies du testicule d'origine tuberculeuse, de débrider l'orifice et de rentrer la tumeur. Cette méthode a été appliquée; elle a donné des succès. Comment ces succès s'expliqueraient-ils si le testicule et l'épididyme étaient farcis de tubercules.

En s'appuyant sur ces diverses raisons, l'auteur conclut que le fongus bénin du testicule est dû à la fonte purulente d'une gomme tuberculeuse des bourses.

II. — Tédenat a opéré par l'incision 15 hydrocèles. Tous ses malades ont guéri. Toutefois il ne considère pas cette opération comme la méthode de choix. Dans les hydrocèles ordinaires, très translucides, à parois minces, sans calcification, le traitement de choix est l'injection iodée. Il ne faut faire l'incision que dans les hydrocèles anciennes, à parois épaisses, mais alors il faut la faire pour éviter la vaginalité hémorragique. P. DELBET.

III. — Le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée est bon et doit rester le procédé de choix; l'incision du scrotum avec résection de la séreuse, opération plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale supérieure, ne lui sera donc substituée que dans des cas spéciaux. On la préférera dans les hydrocèles congénitales ou compliquées de hernies volumineuses, pour les pachyvaginalites avec ou sans corps étrangers, libres ou adhérents; on la préférera encore pour les hydrocèles multiloculaires et pour les épanchements symptomatiques ; lorsqu'on désirera être fixé sur les altérations de la glande, elle pourra n'être alors que le premier temps d'une opération plus complète. On la préférera pour les hydrocèles récidivées, et même — mais ici l'indication est plus contestable — lorsque le malade, pressé par le temps, réclamera le procédé le plus expéditif. MAURICE HACHE.

IV. — Le Dentu reproche deux choses au procédé de Horteloup. D'abord la suture superficielle laisse un peu à désirer. Ensuite le procédé ne s'attaque qu'aux veines postérieures; et ce sont celles qui sont le moins souvent dilatées. De ses observations personnelles, qui sont au nombre de huit, Le Dentu conclut que dans les varicocèles douloureux, mais sans développement considérable des veines, on peut employer les méthodes simples ; ligature simple ou double avec ou sans section ou résection des troncs variqueux, ou même l'excision pure et simple du scrotum.

Pour les cas compliqués, il faut employer les méthodes combinées. Celle de Guyon est excellente. On peut y ajouter la modification qu'a proposée Segond.

Horteloup déclare que la résection des veines postérieures suffit à amener l'atrophie des veines antérieures. Mais il insiste sur la nécessité de réséquer des veines. Si on se contente d'enlever un morceau de peau, on fait un excellent suspensoir ; on soulage le malade, mais on ne le guérit pas.

PIERRE DELBET.

Lipoma testis (Lipome du testicule), par PARK (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 15 *mai* 1886, *p.* 554).

J. P..., 40 ans. Depuis 18 mois, augmentation de volume lente et continue du testicule droit. La tumeur indolore, du volume d'une noix de coco, emplit le scrotum ; le testicule est refoulé à la partie supérieure. Fluctuation obscure, mais la ponction n'amène rien : les téguments glissent librement sur la tumeur.

Une longue incision découvre une masse graisseuse ferme, adhérente, mais qu'on peut énucléer. Le testicule n'est pas entièrement englobé dans la tumeur, qui reçoit ses vaisseaux à la fois du testicule et du cordon. Les trabécules fibreuses et les vaisseaux qui unissent le testicule à la tumeur sont si nombreux et si distincts qu'on enlève le tout en masse. Guérison.

Il ne fut pas possible de décider l'origine exacte de la production graisseuse (après extirpation, elle pesait 3 livres) et de dire si elle venait du cordon ou du testicule.

MAUBRAC.

I. — **Examen comparatif de 24 urétrotomies internes et de 25 divulsions, par LE DENTU** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, *t. XII*, *p.* 367-380).

II. — **De la dilatation immédiate progressive des rétrécissements de l'urètre, par LE FORT** (*Ibidem*, *p.* 415-430).

III. — **De l'urétrotomie interne. Discussion** (*Ibid.*, *p.* 464 *et suiv.*).

IV. — **Fibrome éléphantiasique périnéo-scrotal développé autour de fistules urinaires, par Th. WEISS** (*Rev. méd. de l'Est*, 1er *octobre* 1886).

V. — **Fistule vésico-utérine. Nouveau procédé de cystoplastie, par FOLET, de Lille** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, *t. XII*, *p.* 445-450).

I. — Le Dentu expose les résultats qu'il a obtenus dans 51 cas, dont 25 ont été traités par l'urétrotomie interne (procédé de Maisonneuve) et 26 par la divulsion.

Sur 25 urétrotomies internes, il y a eu deux morts, 5 résultats complets et 18 résultats satisfaisants. Sur les 26 divulsions, il y a eu 2 morts, 3 résultats incomplets et 21 satisfaisants.

Dans un des cas d'urétrotomie, la lame de l'instrument avait sectionné la paroi supérieure du canal dans toute son épaisseur et une certaine quantité d'urine s'était répandue autour de l'urètre, fait déjà constaté une fois par Le Dentu sur un sujet également mort après cette opération. Les deux malades avaient des fistules indurées et il faut croire que la rétraction cicatricielle avait coudé la paroi supérieure du canal qui formait un angle ouvert en haut que la lame a divisé.

Le Dentu, sans prôner la divulsion à l'exclusion de toute autre méthode, la croit préférable à l'urétrotomie interne dans les conditions suivantes :

1° Quand il s'agit de combattre le spasme de l'urètre ;

2° Dans les rétrécissements inflammatoires avec urétrite chronique;

3° Contre les rétrécissements élastiques, rétractiles et inextensibles à partir d'un certain degré.

4° Dans les cas compliqués de fistules urinaires et d'induration péri-urétrale, quand il n'y a pas un véritable sclérome éléphantiasique imposant à priori l'urétrotomie externe.

II. — Le Fort emploie sa méthode pour tous les rétrécissements, quelles que soient leur dureté et leur étroitesse, pourvu qu'il puisse introduire une bougie conductrice.

Cette méthode est basée sur la dilatation inflammatoire des rétrécissements; avant de chercher à dilater, il faut laisser une bougie dans le canal, douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures, rarement trois jours.

Les instruments suffisants sont 3 cathéters coniques n°s 9, 15 et 21 se vissant par leur extrémité effilée sur une bougie conductrice garnie de baleine à sa base.

Ces 3 cathéters sont introduits successivement en une seule séance s'il n'y a pas de résistance, en plusieurs fois si l'urétre résiste, car il ne faut jamais forcer. Sur les 52 cas de Le Fort, la dilatation n'a pu être obtenue en une séance dans plus du tiers des cas. Après la séance, on met au malade une sonde à demeure qui reste quarante-huit heures, et on le fait sonder avec un n° 18.

Cette bougie doit être passée tous les jours pendant quelques mois et à de plus longs intervalles pendant un an.

Ce traitement n'a jamais donné de mortalité entre les mains de son auteur; sur 52 observations qu'il présente, il y a eu 1 orchite suppurée, et 19 fois des accidents légers (péri-urétrite, fièvre, hémorragie légère). La douleur qu'il occasionne est légère ou nulle ; la durée du séjour des malades à l'hôpital est très courte, la moyenne est de six jours pour un tiers d'entre eux, et de dix jours pour les deux autres tiers.

La guérison est durable et la récidive très rare; ce qui tient, d'après Le Fort, à ce que les malades comprennent la nécessité d'une dilatation ultérieure qu'ils jugent souvent inutile après l'urétrotomie, qui est une véritable opération.

III. — Horteloup a employé plusieurs fois la divulsion et croit qu'elle peut rendre des services, mais il lui préfère l'urétrotomie interne dans les rétrécissements fibreux et très résistants.

Horteloup reproche à l'urétrotome de Maisonneuve d'agir aveuglément et de couper trop ou trop peu. Il pratique l'urétrotomie avec un instrument de son invention.

Sur 70 cas, Horteloup n'a jamais eu d'accident grave, ce qui tient à ce que pour les rétrécissements étroits, compliqués de fistules ou de lésions rénales, il emploie exclusivement l'urétrotomie externe, qui met à l'abri des accidents consécutifs. Humbert a fait 12 fois l'urétrotomie interne sans accident et la croit sans danger, pourvu qu'elle soit faite avec les précautions antiseptiques.

Polaillon, sur 62 rétrécis soumis à son traitement, n'a fait que 13 urétrotomies dont 3 seulement ont donné des accidents, (fièvre, congestion rénale avec albuminurie passagère et épididymite suppurée).

Terrier croit, comme Polaillon et Humbert, que l'urétrotomie interne doit être faite avec des précautions antiseptiques sévères. Mais cette

antisepsie ne doit pas seulement s'appliquer aux instruments; il faut aussi obtenir l'antisepsie de la vessie, ce que Terrier réalise par l'administration à l'intérieur du biborate de soude à la dose de 15 à 17 grammes en vingt-quatre heures; à cette dose, l'acide borique s'élimine avec les urines d'une façon quelquefois assez intense pour cristalliser sur les parois des bocaux; cette élimination dure plusieurs jours.

En somme, sauf Le Fort qui applique à tous les cas sa méthode de dilatation immédiate progressive, et Després qui rejette complètement l'urétrotomie interne, tous les membres de la Société de chirurgie admettent que la dilatation lente et progressive est le traitement par excellence des rétrécissements, mais qu'elle est quelquefois impraticable ou dangereuse et doit être alors aidée par un procédé qui permette de la reprendre dans de meilleures conditions.

Guyon clôt la discussion en exposant les résultats de sa pratique. L'urétrotomie interne n'a qu'un but, permettre la dilatation passagère ou permanente qui est le véritable traitement des rétrécissements; pour cela, elle est supérieure à la divulsion, qui peut aussi donner de bons résultats, puisqu'elle est applicable à tous les rétrécissements non dilatables, sauf ceux qui rélèvent de l'urétrotomie externe. Le procédé de Le Fort peut encore moins convenir à tous les cas, car la bougie à demeure peut être intolérable et dangereuse dans certaines conditions.

Sur près de 1,000 urétrotomies qu'il a pratiquées, Guyon n'a recueilli que 569 observations, mais elles comprennent tous les cas de mort qu'il a observés.

Ces cas de mort sont au nombre de 20 sur lesquels 3 sont dus à la tuberculose pulmonaire ou à une généralisation cancéreuse, et 12 à des lésions rénales persistantes ayant déterminé la mort souvent un ou plusieurs mois après l'intervention. Il en reste cinq directement imputables à l'urétrotomie; 3 par infection purulente; 1 de néphrite aiguë et 1 de cause indéterminée.

Ces 5 cas de mort donnent une mortalité de 1 1/2 0/0, sur les 459 observations prises; de 1/2 0/0, en réalité, si l'on tient compte de toutes les opérations pratiquées tant en ville qu'à l'hôpital.

Relativement aux résultats éloignés, les récidives sont certainement possibles et même fatales si la dilatation progressive n'est pas régulièrement et longtemps pratiquée. MAURICE HACHE.

IV. — L'observation d'un homme présentant un rétrécissement traumatique de l'urètre forme le point de départ de ce travail. A la partie postérieure des bourses et sur la limite de la région périnéale, existait une tumeur volumineuse en forme de champignon qui présentait dans les dépressions de sa surface les orifices de nombreuses fistules; son aspect lobulé aurait pu en imposer pour un néoplasme de mauvaise nature. Weiss, après avoir fait l'ablation d'une partie de la tumeur, pratiqua l'urétrotomie externe sans conducteur, et le malade guérit d'une façon complète et définitive.

L'auteur étudie à ce propos la nature de ces tumeurs et l'influence qu'elles exercent sur le traitement des rétrécissements; selon lui, leur ablation totale n'est pas absolument indispensable et ne constitue pas un obstacle à la cicatrisation des trajets fistuleux. P. PARISOT.

V. — L'introduction du doigt dans l'urètre préalablement dilaté, l'abaissement du col utérin à la vulve, et l'éversion de la cloison au moyen du doigt vésical ont permis à Folet de faire avec la plus grande

facilité le décollement vésico-utérin et l'oblitération de la fistule. L'opération a duré un quart d'heure. MAURICE HACHE.

I. — Fall von intra-und extraperitonealem Riss der Harnblase (Déchirure intra et extrapéritonéale de la vessie, laparotomie, guérison), par HOFMOKL (*Wiener med. Presse, n° 36, 1886*).

II. — Sulla sutura della vesica, par CORONA et FALCHI ARIMONDI (*Ann. univ. di med., juillet* 1886).

III. — Des indications et contre-indications de la lithotritie rapide, par GUYON (2e *Congrès français de chir. Rev. de chir., novembre* 1886).

IV. — *Idem*, **par RELIQUET** (*Ibidem*).

V. — De la cystotomie suspubienne, par H. THOMPSON (*Brit. med. journ., p.* 615, *octobre* 1886).

VI. — Deux cas de taille suspubienne, par Walter PYE (*Ibidem, p.* 618).

VII. — Zur Steinschnittfrage (A propos de la taille), par P. KRASKE (*Berl. klin Woch.*, 26 *octobre* 1885).

VIII. — De la taille médiane, par WEDENSKY (*Congrès des méd. russes, Saint-Pétersbourg*, 1885).

IX. — De la taille hypogastrique chez les enfants, par KADJAN (*Ibidem*).

X. — De la cystotomie suspubienne, par GUYON (2e *Cong. franç. de chir. Rev. de chir., novembre* 1886).

XI. — Erfahrung ueber die Steinoperationen bei Kindern (Opération de la pierre chez les enfants), par Arnold SCHMITZ (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXVIII, Heft* 2).

XII. — Traitement chirurgical des calculs de la vessie chez la femme, par E. CURTIL (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Un homme de 27 ans tombe d'un second étage. Fracture compliquée de l'avant-bras droit, fracture probable du bassin. De plus, le ventre est ballonné, douloureux ; on trouve les symptômes d'un épanchement abdominal et le cathétérisme de la vessie ne fournit que 100 grammes d'urine sanguinolente.

Laparotomie dix heures après l'accident. Incision de 10 centimètres. On trouve dans l'espace prévésical du sang et de l'urine. La symphyse pubienne est déchirée. La vessie est affaissée. L'injection d'eau sublimée dans la vessie détermine un soulèvement du péritoine. Après incision de celui-ci, on voit sortir de la sérosité sanguinolente. On reconnaît qu'il existe une rupture péritonéale qui mesure 1 centimètre 1/2, en même temps que la rupture extra-péritonéale d'abord constatée. Suture du péritoine et de la plaie vésicale correspondante au moyen de la soie phéniquée. Comme la plaie vésicale extra-péritonéale ne peut être suturée, le chirurgien ne referme qu'incomplètement la paroi de l'abdomen. Pas de drain dans la plaie, mais sonde vésicale de Nélaton à demeure. Pansement au sublimé.

Le 3e jour, 40°,4 le soir. Urine limpide. Le 5e jour, urine trouble ; lavages de la vessie. Plus tard, cystite purulente. A partir du 19e jour, apyrexie.

Guérison lente à cause de la rupture de la symphyse. Deux mois après l'opération, pleuro-pneumonie droite, nouvelle poussée de cystite. A la fin du 3e mois, l'opéré se lève. Il urine 600 grammes de liquide clair. L. GALLIARD.

II. — Les auteurs ont expérimenté sur divers animaux, chiens,

lapins, agneaux; il résulte de leurs expériences que la suture de la vessie est facile et peut s'exécuter parfaitement : la réunion peut être obtenue en 22 heures. L'emploi du catgut est préférable. Même après l'incision en croix on peut compter sur une cicatrice complète. Il n'y a pas de péritonite, pas d'hémorragie difficile à arrêter, pas d'infiltration d'urine. Chez les animaux au moins, l'épicystotomie avec suture vésicale est donc facilement praticable et d'un succès certain. Les auteurs ont employé une suture entre-croisée dont les points étaient à 3 millimètres l'un de l'autre. F. BALZER.

III. — La tendance en Allemagne est d'abandonner le broiement pour revenir à la cystotomie. C'est contre cette tendance que Guyon s'élève.

Si on laisse de côté les enfants, chez qui les tailles périnéales sont d'une innocuité particulière, la taille hypogastrique doit être préférée aux autres, et c'est entre la cystotomie sus-pubienne et la lithotritie rapide que la question doit se trancher. Guyon a opéré 678 calculeux, 31 fois par la taille. Les tailles périnéales lui ont donné une mortalité de 41,6 0/0; la taille hypogastrique 48,2 0/0. Mais la supériorité de la première sur la seconde n'est qu'apparente ; elle vient de ce que trois des tailles périnéales concernaient des jeunes sujets. Tuffier a montré que la mortalité générale de la taille hypogastrique est de 27 0/0. Si l'on ne prend que les cas où les calculs étaient de petit volume, la mortalité reste encore de 15,35 0/0. Or, dans la statistique de Desnos, la mortalité de la lithotritie rapide n'est que de 6,11 0/0 et dans la statistique personnelle de Guyon, elle n'est que de 5,2 0/0, et dans les vingt derniers décès, on trouve trois malades âgés de 81, 83, 86 ans. Tous ont succombé rapidement. Peut-être la secousse opératoire a-t-elle été la cause de la mort. Peut-être dans les cas de ce genre vaudrait-il mieux opérer sans chloroforme. En tout cas, personne ne voudrait discuter pour eux l'indication de la taille. La lithotritie à séances prolongées sous le chloroforme, ou le broiement à courtes séances sans anesthésie sont donc l'opération de choix chez les malades d'un âge avancé.

C'est quand les calculs sont nombreux ou volumineux, quand la vessie est particulièrement douloureuse que la lithotritie doit être discutée. Les calculs volumineux, les calculs multiples, les vessies contractiles et douloureuses augmentent considérablement les difficultés et les dangers de la lithotritie. Mais ces cas ne sont guère plus favorables à la taille.

Guyon a opéré par la lithotritie 23 calculeux dont les pierres mesuraient de 5 à 6 centimètres. Trois sont morts (13,04 0/0). Il ne faut donc pas renoncer à la lithotritie pour les calculs de 5 à 6 centimètres. Mais il ne faut la faire que si on est sûr de pouvoir la terminer en une seule séance.

Pour Guyon, c'est surtout du côté de la vessie qu'il faut chercher les contre-indications. La cystite n'est pas du reste une contre-indication au broiement. Le plus souvent, elle disparaît rapidement après l'opération.

L'auteur conclut en disant que la lithotritie doit rester la méthode de choix dans le traitement des calculs de la vessie. PIERRE DELBET.

IV. — Avec son appareil, dont il a modifié les branches, l'auteur a pu broyer tous les calculs qu'il a rencontrés, en trente minutes, l'évacuation comprise. Quand la vessie se contracte bien, il n'emploie pas l'aspiration.

Les contre-indications sont tirées de l'état général, de la pierre et de l'état des voies urinaires. Il ne faut pas que le sujet soit trop affaibli. Les calculs vésicaux inattaquables par la lithotritie sont très rares en France. L'auteur en a observé deux cas chez des malades qui venaient de l'Orient. Le volume de la pierre devient une contre-indication quand il dépasse 5 centimètres.

Les indurations de l'urètre, les prostates trop volumineuses peuvent être un obstacle au passage du lithotriteur.

Du côté de la vessie, les contre-indications peuvent venir de ce que le bas-fond est trop profond, de ce que la pierre est immobilisée dans une loge. Quand on ne peut mobiliser la pierre, il faut renoncer à la lithotritie. PIERRE DELBET.

V. — Dans ce mémoire, Tompson établit une comparaison entre la lithotritie, la taille latérale et la cystotomie sus-pubienne. Dans les cas de volumineux calculs, il donne la préférence à cette dernière opération, pour les raisons suivantes :

a) Simplicité de l'opération, impossibilité de léser des organes importants ;

b) Largeur de l'espace où l'on manœuvre et facilité de l'extraction des gros calculs, tandis que la voie périnéale est toujours délicate et périlleuse ;

c) Facilité d'application du traitement antiseptique, écoulement plus aisé de l'urine par la plaie simple de l'abdomen que par la plaie tortueuse du périnée.

Suivent des tableaux comparatifs des trois méthodes.

1er Tableau. 25 gros calculs extraits par la taille unilatérale ou bilatérale. 17 guérison, 8 morts.

2e Tableau. Cystotomie sus-pubienne. 11 cas, une seule mort.

3e Tableau. 7 cas de volumineux calculs traités par la lithotritie en une seule séance : pas de mort.

VI. — Dans la première observation de Walter Pye, il s'agit d'un homme de 48 ans, atteint de cystite chronique avec urines alcalines, sans douleur à l'extrémité du gland, ni hématuries, ni symptômes de calculs : l'urètre était fort rétréci et n'admettait aucune sonde. On résolut de faire l'urétromie périnéale ; mais, au moment où l'on fixait la sonde à demeure, elle butta contre un volumineux calcul, occupant le col de la vessie.

Ce calcul était tellement enclavé dans les parois vésicales, qu'il était impossible de l'extraire par la boutonnière périnéale. La cystotomie sus-pubienne fut alors pratiquée. Elle fut difficile, parce que l'on tomba sur une poche vésicale séparée du calcul par un étranglement ; mais le calcul put enfin être saisi, et la plaie vésicale ayant été lavée avec une solution étendue de sublimé, un drain fut passé à travers les deux plaies, pubienne et périnéale. Iodoforme et gaze salicylée comme pansement.

Au bout de cinq jours, deux lambeaux mortifiés, provenant de la muqueuse vésicale, se firent jour ; à partir de ce moment, la plaie guérit sans encombre en cinq semaines. H. R.

VII. — Kraske rapporte 3 observations de taille vésicale suivie de guérison, dont une assez compliquée. Chez un homme de 20 ans, Kraske, n'ayant pu parvenir par la taille médiane à extraire un calcul, recourut immédiatement à la taille sus-pubienne qui fut très laborieuse, à cause de la rétraction de la vessie préalablement incisée par le périnée et de la difficulté à traverser l'espace prévésical. L'introduction du lithoclaste formé

dans la vessie à travers la boutonnière périnéale n'apporta aucun secours à Kraske. On éleva alors le bassin de l'opéré, et, en travaillant opiniâtrement avec les doigts dans le tissu cellulaire lâche situé entre la vessie et la symphyse Kraske parvint à reconnaître la partie de l'organe non recouverte par la séreuse. Il l'attira au moyen de deux crochets aigus et l'incisa en travers entre les crochets ; il introduisit alors dans l'incision des écarteurs et agrandit l'ouverture vésicale de chaque côté. Bien que l'incision fût assez peu régulière, la pierre se présenta aussitôt. En la saisissant avec l'instrument elle se brisa en trois fragments qui furent extraits successivement. Après lavage soigneux de la vessie, son ouverture fut fermée par une double rangée de points au catgut, ne comprenant pas la muqueuse. Vu l'irrégularité de la plaie vésicale et le vaste décollement du tissu cellulaire prévésical, Kraske ne réunit pas l'incision des parois abdominales, dans laquelle il se contenta de placer un tampon de gaze iodoformée. Par le périnée, il introduisit dans la vessie un drain de la grosseur du petit doigt. — Suites de l'opération très simples. Le 8e jour seulement, la plaie hypogastrique donna issue à quelques gouttes d'urine. Le drain fut enlevé au bout d'une quinzaine, mais une fistulette persista 3 mois au périnée et ne se ferma qu'après des cautérisations répétées. Pas trace d'éventration. J. B.

VIII. — Wedensky défend la taille médiane. Ses observations cliniques et ses recherches cadavériques l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1° l'élargissement de la prostate peut sans danger être porté jusqu'à 3 ou 3 1/2 centimètres ; 2° le sphincter vésical peut rester intact après une dilatation de 4 à 5 centimètres. Mais une telle dilatation de la prostate entraîne la mort par infiltration d'urine ou par péritonite. Sur 237 opérés, 13 sont morts des suites de l'opération. Ce qui donne une mortalité de 6 0/0. PIERRE DELBET.

IX. — Kadjan exerce dans le gouvernement de Simbirsk, où les calculs sont fréquents. Il faisait habituellement la taille latérale. Mais la mortalité était telle (21. 2 0/0), qu'il l'abandonna pour la taille haute. Il l'a pratiquée seulement chez des enfants au-dessous de cinq ans. Tous ont guéri (il ne donne pas le nombre). Kadjan ne fait pas de suture vésicale, mais place les malades dans le décubitus latéral ou ventral. Il ne laisse les drains que quatre jours. Guérison du 12e au 19e jour. P. DELBET.

X. — Guyon étudie la valeur de cette opération chez les enfants. Il en a réuni 307 observations donnant une mortalité de 21 0/0.

Deux conditions facilitent chez eux l'exécution de l'opération : la position abdominale de la vessie et la situation élevée du cul-de-sac péritonéal.

Les conditions de la suture vésicale sont plus favorables chez les jeunes sujets que chez les adultes et les vieillards. La réunion par première intention doit être la règle dans les cas où la vessie et les urines sont peu ou point altérées, comme dans les cas de corps étrangers introduits depuis peu ou de calculs relativement récents.

La suture vésicale doit être pratiquée avec du fil de soie. Le catgut ne donne aucune sécurité. Il sera toujours prudent de laisser la plaie abdominale ouverte, ou de ne la suturer que partiellement, avec addition de drainage.

La sonde à demeure doit être rejetée du traitement consécutif. Les cathétérismes répétés à des intervalles déterminés sont préférables.

PIERRE DELBET.

XI. — Le travail de Schmitz s'appuie sur les faits recueillis à

l'hôpital d'enfants du prince d'Oldenburg, à Pétersbourg. 95 opérations ont été pratiquées sur 86 malades, 38 tailles hautes, 15 tailles médiocres, 13 latérales, 18 lithotrities, 11 fois on n'a fait qu'une simple uréthrotomie.

Taille hypogastrique. — L'auteur a vu deux blessures du péritoine : la première, chez un enfant de 2 ans et demi, qui a succombé à la péritonite ; la seconde, chez un enfant de 10 ans, qui guérit. Dans ces deux cas, il y a eu probablement une déchirure par suite de l'augmentation de la pression dans l'abdomen. L'auteur indique avec détails son manuel opératoire. Nous y relevons les particularités suivantes : il n'emploie jamais le ballon rectal. Il injecte de l'acide borique dans la vessie jusqu'à ce que son sommet atteigne le milieu de l'espace compris entre la symphyse et l'ombilic. Il n'a jamais observé de rupture vésicale. Après l'extraction de la pierre, l'auteur place deux drains : un dans la vessie, l'autre dans la cavité de Retzius. Il n'a jamais fait la suture de la vessie.

Les 38 tailles hypogastriques faites par l'auteur doivent être divisées en deux groupes : 18 faites avant l'antisepsie ont donné 10 morts, 20 faites depuis l'antisepsie ont donné 4 morts (20 0/0). Les causes de ces 14 morts se répartissent ainsi : pneumonie, 1 ; pyélonéphrite, 1 ; septicémie avec péritonite, 7 ; septicémie sans péritonite, 5.

La suture vésicale permet-elle d'éviter la septicémie?

L'auteur a rassemblé 57 cas de suture vésicale, dont les résultats sont tout différents de ceux des statistiques précédentes. La mortalité a singulièrement diminué. Si l'on excepte 2 cas dont l'issue est inconnue, il en reste 55, dont 47 ont guéri (14. 5 0/0 de mortalité). Si l'on sépare les adultes des enfants, la mortalité s'abaisse pour ces derniers à 6. 7 0/0. Dans le tiers de ces cas, on a obtenu une réunion par première intention; et quand la réunion a échoué, la suture ne s'est dissoute qu'après le troisième jour, le plus grand danger étant passé. Schmitz approuve et recommande le procédé de Tiling, qui, par-dessus la suture entrecoupée, place une suture continue.

Taille médiane. — Schmitz incise couche par couche. L'urètre incisé, il déchire avec le doigt, sans jamais employer d'instrument. Dans trois cas seulement, il y a eu rupture de la portion prostatique. Lorsque la pierre ne peut être extraite, il est d'avis de pratiquer immédiatemeent la taille haute et de se servir de la plaie périnéale pour le drainage. Ce drain est enlevé vers le troisième jour. L'auteur n'a pas observé d'incontinence définitive. Le sphincter reprend ses fonctions du premier au quatrième jour. Deux fois seulement, et chez de très jeunes enfants, l'occlusion complète de la vessie s'est fait attendre jusqu'au septième et au dix-huitième jour.

Sur 15 opérés, 3 ont succombé.

Taille latérale. — L'auteur n'emploie jamais ni lithotome ni bistouri boutonné. Sur 13 opérations, l'auteur a observé 3 hémorragies considérables, une blessure du rectum (le malade a succombé), 5 hémorragies secondaires. Dans tous les cas il y a eu de la fièvre. Le passage de l'urine par les voies naturelles s'est produit deux fois le premier jour, une fois le cinquième; dans les autres cas, il s'est fait attendre de cinq à six semaines. La cicatrisation de la plaie n'a été complète en moyenne qu'au bout de deux mois.

Des 13 opérés, 4 sont morts. Si l'on excepte deux cas, où la mort a été causée par des maladies intercurrentes, il reste une mortalité de 18 0/0. Ce chiffre est énorme, mais il faut remarquer que tous les cas mortels datent de l'époque préantiseptique.

Lithotritie. — L'auteur en rapporte 18 cas. Il n'a jamais fait la litholapaxie. Si on laisse de côté un malade mort de néphrite scarlatineuse, il reste 5 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes, 6 insuccès, 2 récidives et 2 morts.

Urétrotomie externe. — L'opération a été pratiquée 11 fois par l'auteur. 9 fois guérison complète sans fistule ni rétrécissement. 2 fois la mort est survenue par suites de maladies intercurrentes.

Conclusion. — Chez les enfants, le broiement est une méthode d'exception.

La taille médiane (7 0/0 de mortalité) est bien supérieure à la taille latérale (22 0/0). Toutefois, la taille médiane ne doit être employée que chez les enfants au-dessus de 8 ans, et lorsque la pierre ne mesure pas plus de 2 centimètres dans son plus grand diamètre.

En dépit de tous ses avantages, la taille haute doit être réservée, chez les enfants, aux cas où le calcul est volumineux et où la voie périnéale est interdite pour une raison quelconque.

Depuis la rédaction de ce mémoire, Schmitz a pratiqué 4 tailles : 1 médiane, 3 hypogastriques. L'un des malades est mort de la rougeole cinq semaines et demie après l'opération. Deux fois la suture vésicale a été faite, mais sans succès. PIERRE DELBET.

XII. — Curtil donne la première place à la dilatation, dont la mortalité n'est que de 4 0/0. Mais ce procédé n'est applicable qu'aux calculs de 3 centimètres de diamètre au plus.

En seconde ligne il place la lithotritie plus ou moins modifiée, surtout quand le calcul, quoique volumineux, est assez friable et quand la vessie se montre suffisamment tolérante sous chloroforme. Sa mortalité ne dépasse guère 5 0/0, d'après Kirmisson.

De toutes, la taille hypogastrique est la plus difficile sous le rapport de l'intégrité absolue du péritoine; en effet, il est malaisé de maintenir distendus chez la femme la vessie et le vagin, et refoulé en haut le cul-de-sac péritonéal sus-pubien comme chez l'homme. Néanmoins, sa mortalité est plus faible que celle des autres tailles, bien qu'elle permette l'extraction des calculs les plus volumineux.

La taille vésico-vaginale, moins difficile que la précédente, mais plus délicate que la suivante, est aussi la deuxième par ordre de gravité (mortalité : 17 0/0). Il n'est pas rare qu'elle laisse après elle une fistule vésico-vaginale ; en tout cas, elle fait redouter l'incision du col, la blessure des uretères ou des plexus veineux latéraux. La voie qu'elle ouvre pour l'ablation de la pierre est intermédiaire comme largeur à celle des deux autres tailles.

Enfin, la taille urétrale, très simple, quoique dangereuse (24 0/0), ne donne qu'un espace assez restreint et détermine parfois une incontinence d'urine extrêmement difficile à guérir. R. JAMIN.

Des greffes osseuses dans les pertes de substances étendues du squelette, par Antonin PONCET (*Lyon méd., p.* 113, 26 *sept.* 1886, *et Acad. des sciences,* 11 *octobre* 1886).

Poncet a eu recours à des greffes osseuses chez un enfant de 11 ans, atteint de nécrose du tibia, suite d'ostéomyélite, avec dénudation complète de l'os, altération de la gaine périostique à la partie supérieure et destruction complète de cette gaine à la partie inférieure. Après avoir évidé les foyers de nécrose, P... fit, quinze jours après cette première opération, des greffes de copeaux osseux de 18 millimètres, pris dans la substance osseuse juxta-épiphysaire d'un nouveau-né, mort depuis deux heures. Les greffes furent implantées dans les bourgeons charnus de la région privée de périoste. Au bout de huit jours, la moitié des greffes avait pris. Trois semaines plus tard, on fit de nouvelles greffes avec des fragments osseux d'un jeune chevreau. Neuf greffes sur douze réussirent parfaitement.

Le malade est guéri et son tibia, six mois après l'opération, présente une bonne solidité.

Ce brillant résultat engage Poncet à conseiller les greffes osseuses dans les pertes de substance étendues du squelette, à condition d'user de petits fragments de huit à dix millimètres de longueur et trois à quatre d'épaisseur, et de les emprunter à une région d'ossification active, par exemple les régions juxta-épiphysaires vers le cartilage d'accroissement.

Il faudra se servir de greffes empruntées à des squelettes de nouveau-nés, à défaut à de jeunes animaux ; assurer une immobilisation et une antisepsie parfaites. A. CARTAZ.

Zwei operativ behandelte Fälle von Hernia muscularis (Deux cas de hernie musculaire opérés), par Th. GIES (*Berlin. klin. Woch.*, 15 *mars* 1886).

1er *cas.* — Ouvrier ayant reçu une grosse pierre sur la face antérieure de la jambe gauche. A la suite, développement d'une hernie du jambier antérieur.

La compression n'ayant donné aucun résultat, Gies se décida à l'opération. Incision antiseptique de 5 centimètres de longueur, par laquelle un muscle jaune grisâtre fait immédiatement hernie. Avec les ciseaux de Cooper, Gies résèque la portion saillante pour dégager le muscle de l'anneau aponévrotique qui l'étrangle. Drain, suture de la peau. Gaze iodoformée. Fixation du membre sur une attelle. Au bout de quelques jours, ablation du bandage sous lequel la hernie s'est reformée un peu moins volumineuse. La suppuration s'étant établie, on enlève les sutures.

2e *cas.* — Cavalier ayant à la face supéro-interne de la cuisse gauche une hernie du long adducteur.

Opération le cinquième jour après l'accident. Incision de 12 centimètres par laquelle fait hernie un muscle de couleur normale. Dissection de la peau en dehors et en dedans, dans l'étendue nécessaire pour mettre à découvert l'anneau constricteur. Résection d'une épaisseur de tissu musculaire suffisante pour que la surface du muscle soit au-dessous du niveau du fascia. Avivement des lèvres de la déchirure aponévrotique qu'on suture ensuite au catgut. Réunion de la peau avec de la soie phéniquée. Immobilisation dans un appareil plâtré fenêtré. Gaze iodoformée. Apyrexie complète. Au bout de 8 jours, enlèvement du pansement iodoformé et de quelques sutures ; la plaie s'était réunie linéairement. Au bout d'une quinzaine, ablation des dernières sutures. Le 16e jour, enlèvement de l'appareil ; la cicatrice était solide. Le 21e jour l'opéré se levait. J. B.

Ueber die Entstehung der Ranula (Développement de la grenouillette aux dépens des glandes tubulaires décrites par Bochdaleck à la racine de la langue), par E. NEUMANN (*Archiv f. klin. Chir., XXXIII, Heft* 3, *p.* 590).

Neumann a déjà décrit une grenouillette dont la paroi était recouverte en dedans d'un épithélium vibratile. V. Recklinghausen a vu une observation identique. Une troisième vient s'y joindre. Dans la question si discutée de l'origine de la grenouillette, il faut donc tenir compte de ce fait qu'un certain nombre de ces kystes sont pourvus d'épithélium vibratile. Et si le nombre n'est pas plus considérable, cela tient sans doute bien plus à l'absence d'observations qu'à la rareté des faits.

V. Recklinghausen ayant pu disséquer une grenouillette sur le cadavre, est arrivé à cette conclusion que la grenouillette classique se développe dans la glande de Nuhn ou de Blandin. Pour lui, la forme de l'épithélium n'a qu'une importance secondaire. La présence ou l'absence de cils vibratils ne joue qu'un petit rôle; c'est affaire de pression, de nutrition ou d'autres circonstances de même ordre.

Cette manière de voir est contraire à tout ce qu'on sait de l'épithélium vibratile. On ne le rencontre que dans les tumeurs tératodes ou bien dans les points où il existe normalement. Contre Recklinghausen, Neumann défend la spécificité de l'épithélium vibratile. Pour lui, les grenouillettes qui présentent un épithélium vibratile ne peuvent se développer que dans un appareil qui contient normalement un épithélium semblable, c'est-à-dire dans l'appareil glandulaire de Bochdaleck.

V. Recklinghausen s'appuie surtout sur les rapports de la paroi kystique avec la glande de Nuhn. Mais l'origine du kyste aux dépens de cette glande n'a été démontré ni par les recherches microscopiques, ni par une injection; et les rapports du kyste avec la glande ont très bien pu n'être que secondaires. Au reste, la grenouillette, si elle a pris naissance dans l'appareil de Bochdaleck, peut très bien venir se mettre en rapport avec la glande de Blandin, car on sait que du canal principal de la glande de Bochdaleck partent des ramifications qui se dirigent en avant, le long du septum lingual, à travers les muscles. Le kyste, en se développant, peut fort bien dépasser le septum en avant, s'étendre du côté opposé et devenir médian et symétrique. Si la grenouillette prenait naissance dans la glande de Blandin, elle devrait siéger habituellement dans la partie libre de la langue. Or, les faits de ce genre sont très rares. Habituellement, le kyste prend naissance plus en arrière, il ne devient visible et sensible que tardivement. L'irrégularité de la poche, les kystes secondaires, s'expliquent très bien si l'on admet que l'origine de la maladie est dans la glande de Bochdaleck, car celle-ci est constituée par un système de canaux ramifiés très compliqués, dont les différents segments peuvent devenir l'origine de kystes isolés, ou communiquant les uns avec les autres.

Dans un cas de Sonnenburg, le kyste avait un prolongement en forme de doigt de gant, qui s'en allait en arrière jusqu'au voisinage de l'épiglotte; n'est-il pas probable qu'il s'était formé aux dépens du conduit principal de la glande de Bochdaleck.

Quant aux grenouillettes sus-hyoïdiennes, elles s'expliquent aisément dans cette hypothèse, puisque la glande de Bochdaleck envoie des proprolongements jusqu'auprès de l'os hyoïde. PIERRE DELBET.

Klinische Studien über die Rose und Beobachtungen über den Einfluss, etc. (Études cliniques sur l'érysipèle et influence des modifications atmosphériques sur celui-ci), par E. von LINDEN (*Archiv f. klin. Chir., Band XXXIII, Heft* 3, *p.* 740).

V. Linden a réuni à la clinique d'Helsingfors 135 cas d'érysipèle qu'il groupe de la manière suivante :

Dans une première période où aucune précaution ne fut prise ni pour isoler les malades, ni pour désinfecter les salles, 43.9 0/0 des cas peuvent être rapportés à la contagion; 44 0/0 sont de cause incertaine.

Dans une seconde période, où les précautions furent insuffisantes, 35 0/0 des cas peuvent encore être rapportés à la contagion.

Dans la troisième période, les malades ayant été rigoureusement isolés et les locaux soigneusement désinfectés, il n'y a plus que 4.9 0/0 des cas qui puissent être rapportés à la contagion. De ces faits on peut conclure que l'érysipèle est infectieux.

L'auteur pense que l'intensité de la maladie est en raison du degré d'infection du local. Pour établir ce fait, il a divisé 103 cas d'érysipèle en 3 groupes : ceux qui ont été soignés dans des salles relativement propres, ceux qui se sont trouvés réunis en plus ou moins grand nombre, et enfin ceux qui ont été transportés dans les salles d'isolement. Pour le premier groupe, la durée moyenne de la maladie a été de 5 jours 5 ; pour le second de 8 jours 5, pour le troisième de 8 jours 8. La température moyenne a été de 0°,3 plus élevée chez les malades du troisième groupe ; l'auteur en conclut que l'érysipèle prend un caractère plus intense dans les chambres d'isolement.

L'auteur a constaté que le nombre des érysipèles était, dans une certaine mesure, proportionnel à celui des maladies. Mais il n'a trouvé aucun rapport ernte le nombre des érysipèles et celui des opérations.

Pour ce qui est de l'influence des modifications atmosphériques, l'auteur fait remarquer que ce n'est pas à l'hôpital qu'on peut le constater, parce que dans le milieu nosocomial un trop grand nombre de circonstances autres peuvent agir. Mais il a réuni six cents cas d'érysipèles qui se sont manifestés hors de l'hôpital. On en trouve un peu plus en hiver (187) et au printemps (178) qu'en automne (159) et en été (126). Mais les différences sont si faibles qu'on ne peut guère en tirer de conclusions au point de vue de l'influence des saisons.

L'auteur n'a pu trouver non plus de rapports fixes entre la pression barométrique et la fréquence des érysipèles. Le développement de l'érysipèle ne dépend pas de la gravité de l'opération, mais de la présence du pus et des matières infectieuses.

La durée de la maladie dépend du point où elle se développe. C'est aux membres supérieurs et à la tête qu'elle dure le moins longtemps.

L'érysipèle consécutif à une opération dure plus longtemps que celui qui se développe spontanément.

Le tissu de cicatrice est plus favorable au développement de l'érysipèle que la peau normale. Il en est de même des régions exposées à des frottements.

La première attaque d'érysipèle est plus intense que les suivantes.

Toutefois, après un intervalle de 7 à 8 mois, l'érysipèle, s'il se reproduit, reprend son caractère.

Pour ce qui est du traitement prophylactique, le pansement de Lister a une grande importance. En fait de traitement curatif, ce sont les injections d'alcool qui ont donné le meilleur résultat. PIERRE DELBET.

Diffuse Fettentwickelung (Lipomes diffus) (*Cong. des naturalistes allemands. — Cent. f. Chirurg.*, *n°* 44, 1886).

Madelung présente la photographie de deux lipomes diffus siégeant l'un à la nuque, l'autre à la partie antérieure du cou. Du premier, il enleva un coin, la réunion se fit par première intention. Le second occasionnait des troubles respiratoires considérables, il fut extirpé. Il fallut aller très profondément, et la difficulté fut de savoir où il fallait s'arrêter. La guérison fut complète.

V. Volkmann fait remarquer que les lipomes diffus sont absolument différents des lipomes circonscrits, qui sont, d'ordinaire, sus-aponévrotiques. Les premiers sont surtout fréquents à la nuque. Ils sont parfois symétriques et aussi bien sus- que sous-aponévrotiques. On peut diagnostiquer les lipomes circonscrits sus-aponévrotiques en saisissant la base de la tumeur et en la soulevant ; on voit alors se former à la surface de la tumeur des saillies, des bosses inégales.

Israel a en traitement un lipome diffus de la face postérieure du bras, qui est compliqué de douleurs névralgiques. Il se demande si une diathèse névropathique n'est pas en jeu.

Baumgärtner a observé un enfant de 4 ans, dont les doigts médius et auriculaire étaient déformés par deux lipomes diffus. Il voulut les enlever, mais la peau, très amincie, se gangrena par la suite : il fallut désarticuler le doigt. Peu à peu toute la main devint lipomateuse, et les douleurs, qui existaient dès le début, augmentèrent.

V. Volkmann pense que la macroopodie congénitale est souvent le résultat de semblables lipomes.

Bardeleben considère comme très rares les lipomes diffus. Il en a opéré un qui siégeait entre le cuir chevelu et l'aponévrose épicranienne. Il a vu trois autres lipomes diffus, tous les trois chez de grands buveurs. Jamais il n'a observé, dans ces cas, de douleurs névralgiques.

Küster a observé un cas de lipome diffus de la nuque et du dos. Il a réséqué des portions de la tumeur ; les cicatrices sont restées indemnes de récidives. Plus tard, le malade maigrit considérablement par suite d'un catarrhe intestinal, et le lipome resta stationnaire. La symétrie parfaite de ces lipomes, dans bien des cas, l'a convaincu qu'il s'agit d'une affection d'origine nerveuse.

Bramann présente deux malades atteints de volumineux lipomes diffus de la nuque, de l'épaule, du bras, du ventre et de la cuisse. Un traitement amaigrissant a été essayé sans résultat. PIERRE DELBET.

OPHTALMOLOGIE.

Eine einfache Methode die quantitative Farbensinnprüfung diagnostisch zu verwerthen (Une méthode simple pour diagnostiquer la valeur quantitative du sens des couleurs), par WOLFFBERG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1886).

L'appareil imaginé par l'auteur consiste en un livre sous forme d'album, dont la face interne de la couverture est garnie de velours noir, afin de servir de fond aux objets-types qu'on veut faire examiner. Ces objets sont placés dans l'album sur quatre baguettes de velours, et consistent en quatre petits carrés de couleur rouge de 2 millimètres carrés (r^2), et rouge de 7 millimètres (r^7), bleu de 7 millimètres ($bl.^7$) et bleu de 18 millimètres ($bl.^{18}$). Un tableau est annexé à l'appareil, qui, pour chaque distance à laquelle le sujet observé reconnaît les couleurs, indique son acuité visuelle.

Le sujet est placé, le dos tourné contre une fenêtre ; chaque œil est examiné séparément. On montre d'abord r^2 à une petite distance, et on s'éloigne toujours davantage, jusqu'à ce que la couleur ne soit plus reconnue, soit à $5^m,50$. On présente alors $bl.^7$, et si cette couleur n'est pas reconnue, on se rapproche du malade jusqu'à ce qu'il distingue la couleur: soit $4^m,75$; pour être certain de la bonne perception du bleu, on s'éloigne peu à peu jusqu'à ce que la couleur ne soit plus perçue, soit alors $5^m,50$; on se reporte au tableau indicateur, et l'on voit qu'un individu qui perçoit r^2 et $bl.^7$ à $5^m,50$ a : $V=5/5$. L'acuité visuelle est donc normale. L'astigmatisme seul peut diminuer la perception des couleurs. Pour être certain de l'exactitude des résultats, il faut compenser tous les autres défauts de réfraction.

D'après les exemples cités dans ce travail, la méthode semble suffisante pour, dans la pratique, déterminer la perception visuelle des couleurs ; elle n'a aucune prétention à faire des recherches sur tout le champ rétinien, mais seulement à fixer le praticien sur l'état de la macula.

ROHMER.

Ueber Sehschärfe bei photometrirten Tageslicht (De l'acuité visuelle suivant l'intensité lumineuse déterminée au photomètre), par COHN (18e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1886).

Jusqu'ici, on a toujours déterminé V. au moyen de l'échelle de Snellen sans indiquer l'intensité de la lumière du jour. Grâce au photomètre de Weber, on peut déterminer cette intensité en *bougies métriques* (b.m.). Cohn décrit cet instrument ; mais, grâce à une modification qu'il lui a fait subir, il peut déterminer l'éclairage de 1 à 9,000 b. m. Les oscillations de la lumière du jour pouvant varier d'un instant à l'autre, il faut déterminer celle-ci exactement pour chaque expérience. On peut expliquer ainsi une quantité de différences subjectives, et on voit aussi que c'est

une erreur de croire que l'on fait des déterminations comparables lorsqu'on obscurcit par un grand nombre de verres fumés une surface donnée. L'œil ne peut même pas soupçonner les différences que découvre le photomètre ; les oscillations peuvent aller de 19 à 196 b. m.

Il faut tenir compte du temps que l'on met à lire au tableau, et de la facilité qu'ont les personnes instruites à deviner les caractères d'impression ou à les apprendre par cœur après plusieurs expériences. Pour éviter ces inconvénients, Cohn a fait lithographier un tableau de 36 crochets nº 6 de Snellen, rangés en 6 lignes sur du carton blanc photométrique ; chacun des quatre côtés du carton porte un petit crochet pour le suspendre; de cette façon, il est impossible d'apprendre le tableau par cœur ou de le deviner ; il sera surtout utile pour déterminer l'acuité visuelle chez les enfants, les soldats et les employés du chemin de fer.

En moyenne, on peut lire 36 crochets, avec un éclairage diurne égal à 69-95 b.m. en 30 secondes, et avec 154 b.m. en 20 secondes. On peut donc exiger que le tableau ait, en moyenne, un éclairage de 100 b.m. et soit lu en 36 secondes par un emmétrope avec $V = 1$. Pour une table de travail, Cohn fixe le minimum d'éclairage à 10 b.m. Même les lampes à pétrole et à gaz les plus claires à un mètre de hauteur et pourvues des meilleurs abat-jour ne donnent plus à un 1/2 mètre sur le papier qu'un éclairage de 10 b.m. ; par conséquent il faut insister absolument pour que dans les écoles et les chambres de travail aucun enfant ne soit occupé à une distance horizontale de la flamme plus grande que 50 centimètres.

ROHMER.

Ueber Form-und Ortsveränderungen der Elemente in der Sehzellenschicht nach Beleuchtung (Etude sur les changements de forme et de place des éléments sensibles de la rétine sous l'influence de la lumière), par von GENDEREN STORT (18e *congrès d'ophth. Heidelberg* 1886).

Déjà, dans un travail antérieur, l'auteur a démontré que les segments internes des cônes s'allongent dans l'obscurité et se raccourcissent sous l'influence de la lumière. Le raccourcissement consiste en une rétraction du protoplasma du côté de la couche des grains ; à ce niveau, on voit le segment du cône devenir plus court et s'élargir; il se forme dans le voisinage de la membrane limitante un corps ellipsoïde, peut-être sous l'influence de l'imbibition. Ces phénomènes sont surtout faciles à observer sur les cônes simples, les cônes doubles et les cônes jumeaux de la grenouille et de certains poissons, tels que l'Abramis brama, la Perca fluviatilis. Sous l'influence de l'obscurité, les segments externes des cônes s'allongent et s'effilent, en prenant l'aspect d'une palissade plantée dans la couche pigmentaire.

ROHMER.

Eine seltern Folgekrankheit epidemischer Parotitis (Une complication rare de parotidite épidémique), par BAAS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet* 1886).

Une fillette de 7 ans, assez intelligente, mais physiquement peu développée, se plaint que depuis quelque temps la lecture lui est impossible. Avec un verre $+ 0,58$. $V = 5/5$; résultats à l'ophtalmoscope, nuls. Avec $+ 6,0$, elle lit très facilement le nº 1 Jaeger; sans verres, elle ne lit que quelques lignes du nº 14 Jaeger. L'enfant se plaint que la lumière la gêne ; les pupilles sont moyennement dilatées. Pas de diphtérie. La seule cause à invoquer pour

expliquer cette parésie de l'accommodation est l'apparition des oreillons, dont l'enfant, sans être alitée, a souffert il y a trois semaines. ROHMER.

Ueber Entstehung der Myopie (Sur l'étiologie de la myopie), par **STILLING** (18e *Congrès d'ophth. Heidelberg* 1886).

L'auteur admet deux formes de myopies : l'une, acquise, tient à une déformation de l'œil, due principalement à l'action du muscle grand oblique pendant le travail de près ; l'autre est due à une maladie réelle et grave de l'œil, à une hydrophtalmie.

D'après Stilling, la myopie n'est pas une spécialité pathologique de notre époque ; mais déjà autrefois, alors que les conditions d'éclairage étaient moins bonnes et le travail aussi fatigant, on trouvait des myopes, ainsi chez les Romains, les Arabes, d'après Pline et Avicenne, ainsi qu'au moyen âge. Il ne faut donc pas tellement prendre au tragique la myopie scolaire, telle qu'on l'observe de nos jours, vu qu'elle a toujours existé. ROHMER.

Ueber Wesen und Therapie der Myopie (**Étude sur la nature et la thérapeutique de la myopie**), par **KNIES** (18e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1886).

L'auteur n'admet l'expression de myopie que pour la maladie qui conduit à un allongement pathologique de l'œil. Au début, et chez les individus jeunes, la maladie commence d'abord par une rougeur de la papille, puis il se forme un anneau à la partie externe de l'émergence du nerf optique, et comme symptômes secondaires à la raréfaction du pigment rétinien, et le reflet de Weiss (attribué à un décollement du corps vitré autour de la papille). Il faudrait donc admettre, en somme, que le processus myopique est une choroïdite diffuse du fond de l'œil, et que les lésions du nerf optique et de la rétine sont secondaires; à côté de cela, il faut encore faire intervenir le travail à l'école et les efforts d'accommodation chez les jeunes gens.

Knies a obtenu de bons résultats, avec les instillations d'ésérine, deux fois par jour, dans les cas de myopie commençante. L'ésérine a été employée, non pour diminuer la tension de l'œil, mais, grâce au rétrécissement de la pupille, pour chasser l'excès de sang du fond de l'œil et l'amener vers les parties antérieures, où sa présence est insignifiante. Les résultats immédiats ont été bons ; mais les résultats définitifs ne pourront être publiés avant quelques années. ROHMER.

On the origin of strabismus (**De la cause du strabisme**), par **STILLING** (*Arch. of Ophth. XV, n° 3, p.* 271).

Pour Stilling, comme pour Schweigger, la cause du strabisme n'est pas l'hypermétropie elle-même, mais la position de repos des muscles, qui est généralement associée à l'hypermétropie, c'est-à-dire la convergence. Chaque fois que l'hypermétrope veut regarder à distance, il est obligé de contracter ses muscles droits externes pour la vision binoculaire ; de là fatigue de ces muscles et production de strabisme convergent. Le plus grand nombre de strabismes divergents dans la myopie n'est pas dû à l'anomalie de la réfraction, mais à la fréquence de la divergence comme position de repos des yeux myopes. F. DE LAPERSONNE.

Étude sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire, par G. MARTIN (*Annales d'oculistique, XCVI, fasc.* 1 *à* 4).

Par une série d'observations, l'auteur cherche à démontrer l'existence de contractions partielles du muscle ciliaire, destinées à corriger l'astigmatisme cornéen. Ces contractions sont étudiées séparément dans les différents états de réfraction : les contractions dites *résistantes* varient de 1,25 à 1,50 D chez les emmétropes et chez les hypermétropes, tandis que les contractions dites *élastiques* ne dépassent pas 0,75 à 1 D. Chez les myopes, au contraire, elles sont plus rares et toujours plus intenses.

Exceptionnellement, on peut trouver des contractions ciliaires corrigeant 2 et même 2,50 D d'astigmatisme cornéen. Elles disparaissent vers l'âge de 45 à 50 ans, mais avant cet âge elles se rencontrent sur plus de la moitié des sujets examinés. Elles seraient plus nombreuses encore si certains états généraux, lymphatisme, anémie, convalescence de fièvres éruptives, ne venaient les faire disparaître ou du moins les diminuer beaucoup. Quant à l'influence des médicaments, elle mérite d'être notée : l'atropine fait disparaître les contractions, mais il faut pour cela des instillations prolongées ; l'action de l'homatropine est presque nulle, la cocaïne n'agit que sur les contractions élastiques. Si les contractions correctrices peuvent disparaître dans certains cas, elles peuvent, au contraire, réapparaître lors de l'amélioration d'un état général et sous l'influence d'un traitement approprié, et c'est ainsi qu'on explique la disparition très rapide de certains états astigmatiques. F. DE LAPERSONNE.

Tumeurs symétriques des deux orbites, par GAYET (*Archives d'ophtalmologie, VI, n°* 1, *p.* 15).

H..., 70 ans, présente un exorbitisme plus prononcé à gauche, l'œil refoulé en bas et en dehors par une tumeur du volume d'une petite pomme ; à plusieurs reprises, la tuméfaction a diminué, puis a augmenté de nouveau. Pas de lésions du fond de l'œil, bonne acuité visuelle, mais gêne des mouvements ; la vision binoculaire ne peut se faire, à cause du déplacement considérable des axes optiques. Le malade succombe, et à l'autopsie on reconnaît que les tumeurs orbitaires sont formées par des lymphadénomes ayant pris naissance dans le tissu graisseux de l'orbite et ayant envahi les muscles, les nerfs et les vaisseaux. L'autopsie n'a pas pu être faite complètement.

Gayet rapproche ce cas de quatre observations d'O. Becker, de Leber, d'Osterwald et de Reymond, dans lesquelles les tumeurs étaient symétriques et contenaient des éléments lymphoïdes : la symétrie lui paraît un caractère très important.

Dans le numéro 2 des *Archives d'ophtalmologie*, Delais a rapporté une observation à peu près analogue. F. DE LAPERSONNE.

Zur Ætiologie der Herpes ciliaris (Conjunctivitis lymphatica) (Contribution à l'étude de l'herpès ciliaire) (conjonctivites lymphatiques), par L. HERZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. octobre* 1886).

L'auteur rapporte l'origine de la maladie à la présence de pediculi capitis; il le prouve en montrant que la guérison de l'affection coïncide avec l'éloignement des parasites. ROHMER.

Traitement du ptosis, par DIANOUX (*Ann. d'ocul., XCV, p.* 237, *mai-juin* 1886).

D... combat les procédés de Wecker, Meyer, Panas ; il emploie le procédé de Dransart, légèrement modifié : passage d'une anse de fil, qu'on se garde bien de rendre aseptique, dans l'épaisseur de la paupière, l'un des chefs glissant sous la peau, l'autre pénétrant dans le tarse, rasant le cul-de-sac conjonctival, puis le périoste ; les fils sont liés au-dessus du sourcil sur une petite plaque de baleine. Il faut obtenir un trajet suppurant et la formation d'un cordon fibreux, mais on ne crée pas ainsi un tendon d'attache du tarse au frontal. Ces cordons cicatriciels agissent surtout en diminuant la hauteur de la paupière, et pourraient priver l'œil de la protection nécessaire pendant le sommeil : c'est là le point faible du procédé. F. DE LAPERSONNE.

La conjonctivite chrysophanique, par A. TROUSSEAU (*Ann. de derm. et de syphyl., mai* 1886).

Depuis quelque temps, les dermatologistes badigeonnent la surface tégumentaire des malades atteints de psoriasis avec un onguent ayant pour base l'acide chrysophanique. Trousseau a remarqué que cette application donnait lieu à une conjonctivite sèche, sans sécrétions, avec sensation de douleurs vives pendant 2 ou 3 jours ; on est le plus souvent obligé d'interrompre le traitement. Il s'agit bien d'une conjonctivite due à l'absorption du médicament : l'application locale sur la conjonctive donne lieu à une sécrétion muco-purulente abondante et non à cette conjonctivite sèche particulière. F. DE LAPERSONNE.

De l'ophtalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires, par GALEZOWSKI (2e *session du Congrès français de chirurgie*).

Il s'agit d'une nouvelle opération qui peut s'appliquer à de certaines affections très graves considérées jusqu'ici comme étant au-dessus des ressources de la chirurgie, les hémorragies du corps vitré, le décollement total de la rétine, les corps étrangers de la partie postérieure de l'œil, les tumeurs mélaniques sarcomateuses. L'auteur a fait 14 fois cette opération. Il sectionne la sclérotique en arrière du corps ciliaire, entre le droit supérieur et le droit externe.

La première opération fut faite pour extraire un fragment d'acier qui était allé se loger au voisinage du nerf optique. Le fragment métallique fut enlevé à l'aide d'un aimant.

Dans un autre cas, l'auteur a opéré pour un décollement de la rétine. Après avoir incisé la sclérotique, il fit une suture en prenant dans la même anse de catgut à la fois le sclérotique, la choroïde et la rétine. Cette dernière a repris sa place, le succès a été complet.

Dans un troisième cas, l'auteur a extirpé par l'ophtalmotomie postérieure une tumeur mélanique de la choroïde. Jusqu'ici la guérison s'est maintenue.

Il a pratiqué la même opération avec succès dans un cas d'hydrophtalmie.

PIERRE DELBET.

Du traitement du staphylôme conique par excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée, par GALEZOWSKI (*Gazette des hôpitaux, n°* 69, 15 *juin* 1886).

Le kératocone consiste dans une distension ectopique du centre de la cornée qui se produit d'une manière progressive, sans altération préalable

des membranes, et reconnaîtrait pour cause la mauvaise constitution générale ou la débilitation par des maladies antérieures. Le procédé opératoire conseillé par Galezowski consiste à tailler un petit lambeau de 3 ou 4 millimètres de hauteur, selon le degré du staphylôme, au moyen du couteau de Graefe, et à exciser le lambeau au moyen des ciseaux. Les conditions essentielles du succès sont l'emploi de l'ésérine, a compression sur les deux yeux, l'immobilité du malade pendant plusieurs jours. La compression est maintenue sur l'œil opéré pendant douze ou quinze jours. Dans les premiers cas opérés, il y a eu des synéchies antérieures; mais depuis, grâce à l'emploi de l'ésérine et du bandage, le résultat a été excellent. F. DE LAPERSONNE.

De la trépanation de la cornée, par von HIPPEL (*Revue générale d'opht.*, V, *n°* 9, *p.* 385).

Jusqu'ici, ces essais sont restés infructueux parce que la membrane de Descemet du lambeau s'enroulait sur les bords et ne se trouvait plus en contact avec les bords de la plaie; il en résultait une infiltration de la cornée par l'humeur aqueuse et l'opacification rapide du lambeau. Hippel a mieux réussi en opérant de la façon suivante : Il limite le leucome au moyen du trépan, puis il dissèque le fond en respectant la membrane de Descemet, enfin il applique le lambeau cornéen, en conservant toute son épaisseur. Dans un cas, la guérison a été complète en 13 jours, et, depuis, le lambeau a conservé sa transparence presque parfaite. L'auteur reconnaît que cette dissection du leucome en conservant la membrane de Descemet est difficile, mais c'est par ce moyen seulement qu'on peut arriver à la solution de cette question, étudiée depuis plus de 60 ans. F. DE LAPERSONNE.

Ueber Iritis, Conjunctivitis und Polyarthritis gonorrhoica (A propos d'une iritis, d'une conjonctivite et d'une polyarthrite blennorragiques), par BÜCKERS, (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1886).

Un individu, âgé de 29 ans, est atteint, en 1882, d'une première blennorragie accompagnée d'une double conjonctivite, avec manifestations articulaires. De 1882 à 1884, survint une inflammation oculaire de nature indéterminée. En 1884, nouvelle blennorragie, avec arthrite du genou et iritis à l'œil droit. Au commencement de 1885, troisième blennorragie, conjonctivite double, rhumatisme articulaire, irido-cyclite à droite et fièvre à allure intermittente. Puis irido-cyclite de l'œil gauche, récidive de blennorragie. Vers la mi-avril 1885, on pratiqua une iridectomie à l'œil gauche. A la fin d'avril, irido-cyclite de l'œil droit, et nouvelle récidive de la blennorragie. Au mois de juin, iritis gauche, et douleurs articulaires. En septembre 1885, irido-cyclite de l'œil gauche, puis du droit, douleurs articulaires. En janvier 1886, iritis de l'œil droit, manifestations articulaires, récidive de l'écoulement urétral, conjonctivite double, irido-cyclite droite et iritis de l'œil gauche.

Voici donc un cas qui prouve jusqu'à l'évidence l'existence des rapports qu'il peut y avoir entre la blennorragie d'une part et les affections articulaires et oculaires d'autre part. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la précision avec laquelle chaque rechute de blennorragie a amené une nouvelle poussée du côté des yeux et des jointures. Chaque poussée articulaire se manifestait sous forme de polyarthrite, et s'accompagnait d'une fièvre assez intense (39°,2), à type intermittent journalier, à tel point

qu'on crut avoir affaire à un paludique ; et cependant il n'en était rien, le malade n'ayant pas de grosse rate, et le sulfate de quinine restant sans action. Quant aux articulations, elles furent prises en masse, et ni le salicylate de soude, ni aucun autre médicament n'eurent d'action sur le cours des inflammations articulaires.

Quant aux manifestations oculaires, elles ne furent jamais occasionnées par inoculation directe du pus blennorragique; c'étaient des manifestations à distances, car à aucun moment de leur inoculation on ne trouva de gonococci de Neisser dans les sécrétions conjonctivales, tandis qu'ils existaient, cela va sans dire, dans le pus urétral ; c'est Sattler lui-même qni fit ces recherches. ROHMER.

Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale, par WOJTASIEWICZ (*Thèse de Paris*, 29 *juillet* 1886).

Bien que la chambre antérieure soit un milieu très favorable pour les inoculations tuberculeuses, et que l'œil soit un réactif expérimental, la tuberculose primitive ou secondaire est rare : elle se montre le plus souvent dans le tractus uvéal pour envahir ensuite toutes les membranes, excepté la sclérotique et le cristallin ; un certain nombre de tumeurs lacrymales, chez les scrofuleux, pourraient être tuberculeuses. La généralisation n'est pas fatale et la guérison est même possible, cela est surtout vrai pour la tuberculose primitive de la cornée. F. DE LAPERSONNE.

Aufhellung einer traumatischen Katarakt (**Éclaircissement d'une cataracte traumatique**), **par LANDESBERG** (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *août* 1886).

Trois jours après avoir reçu un coup de couteau, on constate sur l'œil d'un ouvrier une déchirure de la cristalloïde antérieure qui fait une saillie pyramidale dans la chambre antérieure, au milieu du sang dont celle-ci est remplie. Tout autour de la base de cette pyramide et dans les couches cristalliniennes antérieures est une opacité grisâtre de 3 millimètres de rayon, qui se perdait dans le reste du cristallin, en envoyant çà et là quelques rayons opaques. Le reste de la lentille est transparent; le fond de l'œil normal. Le patient reconnaissait de gros objets. Les jours suivants la saillie de la cristalloïde diminua jusqu'à venir se mettre à niveau avec le reste de l'enveloppe cristallinienne, et petit à petit tout le trouble de la lentille disparut. A la fin de la 4e semaine, la place de la cristalloïde ne présentait plus qu'une légère cicatrice, et à la lumière oblique on voyait dans l'épaisseur du cristallin un fin pointillé et quelques linéaments irrégulièrement distribués. A la fin de la 7e semaine la cavité avait absolument disparu. On constate sur cet œil une hypermétropie de 1/24 et une acuité visuelle de 15/30; le défaut de réfraction fut corrigé avec un verre convexe cylind. 1/45 135°, et l'acuité visuelle devient 15/15. L'autre œil aussi était emmétrope. ROHMER.

Ungewöhnliches Sehvermögen eines operirten Auges (**Une acuité visuelle extraordinaire, à la suite d'extraction de cataracte**), **par UHLE** (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *octobre* 1886).

Un homme âgé de 66 ans, qui depuis longtemps souffrait de myop e, est atteint de cataracte noire des deux yeux ; avec l'œil droit il lit le n° 4 de Jaeger, avec l'œil gauche le n° 3.

On opère l'œil droit, le noyau sort facilement ; mais il reste de nombreuses masses corticales ; on les enlève 5 mois plus tard, et on obtient une pupille

parfaitement noire. 5 mois après cette seconde intervention, on constate que le malade lit le n° 200 de Snellen à 3m 25; les verres convexes n'améliorent pas la vision ; des verres concaves faibles rendent les contours un peu plus nets. Pour la vision de près, le malade lit sur le tableau de Jæger :

Nos 2	et 7	à	32	centimètres
6	—		24	—
5	—		23	—
3	—		19	—
2	—		15	assez couramment.

Un verre + 25 améliore un peu la vision des derniers numéros, tandis que les plus gros apparaissent moins nets. ROHMER.

De la maturation artificielle de la cataracte, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est*, 15 *août* 1886).

La maturation artificielle peut être employée dans les cataractes séniles incomplètement mûres, dans lesquelles, pour cette raison, l'extraction trop hâtive serait contre-indiquée. Une simple discission avec massage de l'œil suffit pour la plupart des cas.

Si le résultat reste incomplet, on peut l'achever en faisant une iridectomie complémentaire de la maturation et préventive pour l'extraction.

Enfin si, après l'extraction faite dans ces conditions, il persiste dans le champ pupillaire quelques débris de substance corticale opacifiés consécutivement, des moyens adjuvants tels que l'aspiration et les lavages intra-oculaires en auront facilement raison et arriveront à donner une pupille complètement noire. P. PARISOT.

Recherches expérimentales pour servir à l'étude de la cataracte traumatique, par F. BOÉ (*Archives d'ophthalm., VI, n°* 4, *p.* 308).

Dans un œil énucléé pour une cataracte traumatique, deux mois environ après le traumatisme, on trouva à la face interne de la rétine de nombreuses taches blanchâtres, formées par des amas de grandes cellules à protoplasma granuleux. Ces cellules lymphatiques s'étaient assimilées la substance cristallinienne ; on les retrouvait dans l'intérieur du cristallin, remplies de granulations et de nombreuses gouttes de myéline. Ces cellules sont des globules blancs du sang qui, par voie de migration, ont pénétré dans la masse cristallinienne et ont absorbé la myéline, produit de la décomposition des fibres.

Les expériences sur les animaux ont donné à l'auteur les mêmes résultats ; il en conclut que les cellules lymphatiques, pénétrant dans un cristallin qui n'est plus protégé par sa capsule, se nourrissent de la substance et aident à la résorption en complétant l'action dissolvante de l'humeur aqueuse. F. DE LAPERSONNE.

Des enclavements iriens et capsulaires consécutifs à l'extraction de la cataracte avec iridectomie, par ABADIE (*Ann. d'oculistique, XCVI, nos* 3 *et* 4, *p.* 128).

La plupart des iritis et des iridochoroïdites qui surviennent après l'opération de la cataracte, avec iridectomie, tiennent à ces enclavements ; ils agissent en tiraillant le corps ciliaire; pour faire cesser ces tiraillements, Abadie propose de faire une large section à un demi-millimètre en arrière de l'ancienne ligne cicatricielle et ayant la même étendue ; on coupe ainsi le lambeau capsulaire en arrière de son point d'enclavement

et on le libère ; avant d'achever la section, on laisse intact un petit pont de fibres scléroticales, de façon que la plaie ne s'entre-bâille pas trop largement. On fait ainsi une large *sclérotomie rétro-cicatricielle.* F. L.

Ueber Glaukoms (A propos du glaucome), par JAVAL (18e *Congrès d'ophth. d'Heidelberg*, 1886).

Dans un cas de glaucome commençant, l'iridectomie fut appliquée selon les règles ; avant l'opération, la tension de l'œil était très forte et les douleurs nulles ; la tension s'abaissa après l'iridectomie et il survint des douleurs insupportables. Finalement l'œil devint complètement amaurotique. ROHMER.

Ueber Stauungspapille, par ULRICH (18e *Congrès d'ophth. d'Heidelberg*, 1886).

L'auteur a eu occasion de faire trois autopsies chez des individus porteurs de « stauungspapille » ou de stase papillaire, pendant la vie, et atteints de tumeur cérébelleuse, de tumeur cérébrale et de tumeur du thalamus opticus.

La lésion caractéristique était de l'œdème, œdème qui remplissait les voies lymphatiques normales du nerf optique. Cet œdème était plus prononcé dans le bout bulbaire du nerf qu'au niveau de son canal osseux; rien d'anormal dans les vaisseaux. L'auteur se range à l'avis de Parinaud, qui pense que l'œdème papillaire n'est que la conséquence de l'œdème du cerveau; et si le nerf optique est plus infiltré du côté de l'œil, c'est qu'il peut se développer dans l'orbite rempli de graisse, tandis que, du côté de l'orifice osseux, il est nécessairement bridé. Ulrich pense que l'œdème du nerf exerce une compression sur les vaisseaux y contenus, d'où rétrécissement des artères et élargissement des veines; la preuve, c'est que sur une coupe du nerf, les vaisseaux présentent une forme aplatie, ou fente, et que cet aspect ne se présente que dans la « stauungspapille ».

Stilling, opérant sur des lapins, avait pu, en liant le nerf optique, produire de l'œdème de la papille; Ulrich a répété ces mêmes expériences sur des chiens, et après l'opération, il trouvait la papille blanche, comme dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine; mais il n'observa pas, avec le manomètre, d'augmentation de tension intra-oculaire, sauf dans un cas où il survint un début de panophtalmie. Mais Berlin fait remarquer que, contrairement au lapin, le chien possède, au niveau de la sclérotique, des solutions de continuité qui permettent l'écoulement des liquides hors de la cavité oculaire, vers la cavité de Ténon; ce qui explique l'absence de tension intra-oculaire observée chez le chien par Ulrich; ces expériences méritent d'être reprises chez d'autres animaux. ROHMER.

Ueber Wunden der Ciliargegend (A propos des plaies de la région ciliaire), par van MOLL (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *août* 1886).

Les plaies étendues de la sclérotique avec hernie du corps vitré, qui intéressent le corps ciliaire et s'étendent jusque sur la cornée, compliquées encore de blessure, de hernie de l'iris et de cataracte traumatique, étaient jusqu'alors une des indications les plus certaines de l'énucléation.

La panophtalmie, la cyclite avec danger d'ophtalmie sympathique étaient toujours là menaçantes.

Cependant des plaies linéaires nettes de la région ciliaire peuvent guérir sans désordres consécutifs.

Van Moll a traité, par la conservation, quatre yeux atteints de lésions à peu près identiques, c'est-à-dire de plaie de la sclérotique et de la cornée, avec hernie de l'iris, et quelquefois du corps vitré, et déplacement du cristallin. Le traitement consista à faire de larges et minutieux lavages antiseptiques, à appliquer un pansement à l'acide borique ou au sublimé, puis à confiner le malade au lit. Les résultats furent les suivants : Le premier malade, non seulement conserva son œil, mais eut encore une acuité visuelle suffisante : 4/12, après une iridectomie consécutive ; le second a pu conserver son œil, mais n'y voit pas à cause d'une cataracte traumatique ; le troisième eut une cyclite, et l'on fut obligé de lui proposer l'énucléation ; le quatrième pourra probablement garder son œil, quoique avec une acuité visuelle faible.

L'auteur rejette absolument la suture sclérale préconisée par Flemming, à cause des désordres trop considérables que peut nécessiter son application ; les résultats, d'ailleurs, ne sont pas meilleurs que lorsqu'on ne suture pas ; si l'on tient absolument à suturer, l'auteur accorde tout au plus un ou deux points de sutures conjonctivales. Quant à l'excision de l'iris, elle n'empêche pas tout de même, dans ces cas, les synéchies.

ROHMER.

Dell'azione del cloridrato di pilocarpina... (**De l'influence du chlorydrate de pilocarpine sur l'amplitude de la faculté d'accommodation après disparition de l'influence myotique sur l'iris**), par **FALCHI** (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, *p.* 484, 1885).

Un grand nombre d'expériences pratiquées au moyen d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine ont permis à l'auteur de conclure :

1° Que le chlorhydrate de pilocarpine, introduit dans l'organisme par la voie hypodermique, détermine d'abord le myosis et continue ensuite à produire une diminution de l'amplitude accommodatrice, alors que la pupille est redevenue très sensible aux variations lumineuses et que les autres effets physiologiques (sueur et salivation) ont beaucoup diminué ou entièrement cessé ;

2° Que cette diminution de l'accommodation se démontre par l'éloignement plus grand du *punctum proximum* et le rapprochement du *punctum remotum*.

H. B.

Beiträge zur Pathologie der Netzhautabtheilung (**Contribution à la pathologie du décollement de la rétine**), par **F. DIMMER** (*Wien. med. Presse*, *n°* 45, *p.* 1457, 1886).

L'auteur a examiné sept malades atteints de décollement rétinien pour apprécier l'état du sens des couleurs. Chez trois sujets, la perception du blanc s'est effectuée dans la totalité du champ visuel tandis qu'il y avait cécité partielle pour les couleurs. Le bleu était toujours confondu avec le vert. Dans un cas, le bleu n'était perçu exactement qu'à la périphérie

du champ visuel ; au centre, il était confondu avec le vert. Dans un cas, la zone centrale était privée totalement du sens des couleurs.

La perte du sens des couleurs paraît s'étendre au delà du siège du décollement rétinien dans certains cas. En général, on peut être surpris de la conservation relativement satisfaisante des fonctions visuelles avec un décollement important.

Les injections de pilocarpine ont été employées par l'auteur qui prescrivait en même temps le décubitus dorsal et l'apposition d'un bandeau. Dans trois cas, il a obtenu une amélioration notable de la vision centrale et périphérique sans que l'ophtalmoscope ait montré la moindre modification des lésions. L. GALLIARD.

Anesthésie de la rétine, par PARINAUD (*Annales d'oculist., XCVI, f.* 1-2, *p.* 38).

L'auteur donne les caractères symptomatiques; 1° la dysphotopsie, ou l'altération de la sensibilité lumineuse qui se constate à l'exploration quantitative comme à l'exploration différentielle, dans l'obscurité comme à la lumière. Elle commence par la périphérie; de là, rétrécissement du champ visuel, d'abord temporal puis concentrique et pouvant aboutir à l'amaurose. La dyschromatopsie est caractérisée d'abord par la disparition du violet; le champ des couleurs se rétrécit, mais le rouge reste le dernier, d'où transposition des cercles du bleu et du rouge, qui est quelquefois plus étendu même que le champ visuel du blanc; il peut y avoir scotome central et même disposition annulaire. L'acuité visuelle est relativement peu altérée, mais il y a des troubles de réfraction, spasme accommodatif et diplopie, ou même polyopie musculaire, tenant à ces troubles. Il n'y a pas ordinairement de lésions opthtalmoscopiques. Rarement transitoire, elle persiste le plus souvent pendant de de longues années sans modifications, elle coincïde avec quelques troubles musculaires, ptosis pseudo-paralytique, paralysies associées, mais surtout avec les phénomènes ordinaires de l'hystérie, en particulier l'hémianesthésie. Dans la grande majorité des cas, l'anesthésie de la rétine relève de l'hystérie, plus ou moins accusée; les traumatismes, l'épilepsie, la chorée et les autres causes n'agissent que d'une façon occasionnelle.

Au point de vue des rapports des rétines avec les centres cérébraux, il est bon de noter que l'anesthésie de la rétine fait partie du groupe des hémianesthésies.

Les schémas qui ont été proposés ne rendent pas suffisamment compte des connexions. En effet, il semble que, dans le jeu normal de la vision binoculaire, on puisse voir indifféremment avec l'un ou l'autre hémisphère, témoin l'expérience de Charcot avec le prisme. Ces rapports paraissent donc fort complexes. F. DE LAPERSONNE.

Zur diagnostischen Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre (Contribution à la séméiologie de l'immobilité réflexe des pupilles), par W. UHTHOFF (*Berlin. klin. Woch., n°* 3, *p.* 36, *n°* 4, *p.* 54, *n°* 1, *p.* 12, *et n°* 2, *p.* 17, 18, 25, 4 *et* 11 *janvier* 1886).

En réunissant les statistiques de Moeli, de Thomsen et de Siemerling,

on trouve que, sur 4,000 aliénés, 492 offraient une insensibilité des pupilles aux impressions lumineuses; 421 de ces derniers étaient des paralytiques généraux.

Uhthoff a entrepris des recherches analogues sur plusieurs centaines d'individus sains sans en rencontrer aucun affecté de rigidité pupillaire ; ensuite un grand nombre de personnes atteintes de maladies diverses, notamment sur 550 malades de la clinique des affections nerveuses de Westphal, et sur 12,000 de la clinique oculaire de Schœler.

Sur l'ensemble de ces derniers groupes, Uhthoff a compté 136 cas d'immobilité réflexe des pupilles dont 92 chez des ataxiques. Un quart de ces derniers avaient en même temps des pupilles de dimensions inégales. C'est parfois le seul signe de syphilis cérébrale et le dernier vestige d'une paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs.

Uhthoff ayant également constaté l'insensibilité des pupilles à la lumière chez deux personnes atteintes de railway'spine, cela lui semble peu compatible avec l'idée de Charcot et d'autres, qu'il s'agirait là de phénomènes d'hystérie masculine.

Chez 30 malades, il y avait, outre cette paralysie du sphincter irien, une paralysie de l'accommodation ; ici, les syphilitiques (8) dominent. Chez eux l'affection était presque toujours unilatérale et l'infection remontait à 7 ou 8 ans.

Mais il est encore plus commun (12 cas) de ne pas trouver de cause à cette lésion complète et alors, dans la majorité de ces faits, il s'agissait de névropathes chez lesquels l'affection était survenue des deux côtés à peu près simultanément et n'avait généralement qu'une durée passagère. J. B.

Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique, par GIFFORD (*Arch. of Ophthalm., XV, n° 3, p.* 281).

Gifford a repris les expériences de Deutschmann avec des cultures pures de microbes pathogéniques (staphylococcus pyogenes albus et aureus, streptococcus). Il a remarqué que l'œil inoculé était le siège d'une inflammation très vive, aboutissant soit à la panophtalmie, soit à la phtisie du globe, et que, le plus souvent, les animaux mouraient d'infection générale avant d'avoir obtenu des lésions certaines du côté opposé; mais déjà il avait pu constater la relation constante qui existe avec les vaisseaux lymphatiques, ce que Deutschmann n'avait pas spécifié. Recherchant alors un organisme qui pût cheminer dans la lymphe sans donner lieu à une inflammation aussi vive, il a employé, sur les conseils de Klebs, les bacilles de l'anthrax et de la fièvre pernicieuse. Les inoculations de ces bacilles produisent une vive réaction dans le premier œil et aussi dans le tissu sous-conjonctival et orbitaire, à quelque distance du globe, mais, ce qu'il y a de plus important, c'est que l'espace lymphatique central du nerf optique était rempli de bacilles, qui pouvaient être suivis, avec les vaisseaux, jusqu'à une certaine distance dans l'orbite. Dans les gaines du nerf, excepté au niveau de la lame criblée, dans les espaces intermédiaires, dans la cavité cranienne et dans le second œil avec son nerf et ses gaines, il n'existe aucun bacille excepté ceux qui sont dans les vaisseaux. F. DE LAPERSONNE.

Zur Extraction des subretinalen Cysticercus (Contribution à l'étude de l'extraction du cysticerque sous-rétinien), par LANDSBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai* 1886).

Chez une femme de 35 ans, qui se plaignait depuis un an de scintillements, d'éclairs, de nuages, et de difficultés pour travailler de l'œil gauche, on découvre à l'ophtalmoscope, à travers les milieux restés parfaitement transparents, une saillie hémisphérique de la rétine, grise, recouverte par les vaisseaux rétiniens, et d'un diamètre égal à 6 fois celui de la pupille; sur le sommet de cette élévation, on voit une petite saillie arrondie, bien limitée, brillante, égale à un demi-diamètre de la papille. Quelques jours plus tard, la vésicule s'allonge et prend une forme en biscuit, puis s'étend un peu sur le fond de l'œil. Il n'existe aucun mouvement dans cette vésicule. Son siège est à 44° en dehors du méridien vertical, à 50° du pôle postérieur de l'œil. L'opération consiste à tailler un lambeau conjonctival quadrilatère en haut et en dehors de la cornée, à abaisser l'œil en dedans, puis à fendre la sclérotique et la choroïde au point correspondant au siège de la vésicule. Du liquide clair s'échappe à travers l'incision, et pendant qu'avec une pince on cherchait à saisir l'hydatide, celle-ci, tout à coup, se présente spontanément à l'ouverture et est facilement extraite. La guérison s'effectua en quelques jours, sans réaction, et le champ visuel ainsi que l'acuité, notablement diminués auparavant, redevinrent à peu près normaux. ROHMER.

Buphthalmus congénital, par HIRSCHBERG et BIRBACHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août* 1886).

Sur une enfant née à 8 mois, une demi-heure après la naissance, on constate qu'entre les paupières à droite fait hernie une petite masse noirâtre, muriforme, recouverte par une lame mince derrière laquelle est l'iris et, à travers la pupille, on voit un cristallin, petit, comme celui des poissons; cette masse s'insère par un mince pédicule sur la sclérotique située derrière elle. On énuclée tout cela, séance tenante : guérison.

Le bulbe, conservé dans le liquide de Müller et durci dans l'alcool, a une longueur de 18 millimètres sur 15^{mm}, 5 de large; sur une coupe horizontale, on voit une cornée plissée, et dont l'épaisseur varie de $0^{mm},7$ jusqu'à 2 millimètres ; toute la face interne est tapissée par une couche de pigment, qui en arrière se continue avec le pigment des procès ciliaires; ces derniers sont amincis, plissés et attirés en avant. Dans la moitié inférieure de cette cavité, du côté de la partie la plus épaisse de la cornée, on trouve un cristallin arrondi, petit, mesurant $2,^{mm}6$ de diamètre (normalement le cristallin du nouveau a $5^{mm},5$ transversalement et 4 millimètres d'épaisseur).

Le reste du bulbe ne présente rien d'anormal, si ce n'est une forte saillie de la papille au-dessus du niveau de la rétine. ROHMER.

Ueber oculäre Aseptik und Antiseptik (De l'asepsie et de l'antisepsie oculaires), par SAMELSOHN (18e *Congrès d'ophth. de Heidelberg*, 1886).

Samelsohn a eu occasion de traiter plusieurs plaies du globe oculaire, ayant intéressé toutes les membranes, même l'iris et le corps ciliaire, et ayant pénétré dans les chambres antérieure et postérieure. Après lavages au sublimé de la plaie, et même raclage des cavités intéressées avec une spatule en bois trempée dans le sublimé, Samelsohn appliqua une suture conjonctivale et obtint souvent la guérison de la plaie, sans suppuration. Le résultat optique fut souvent nul, mais, au point de vue

esthétique, l'auteur estime que, pour des ouvriers, un beau moignon bien conservé vaut encore mieux que la plus belle prothèse. Dans un cas de plaie de la cornée, avec suppuration de cette membrane et hypopion, l'auteur, après injection de sublimé dans la chambre antérieure, vit apparaître sur l'iris, une membrane croupale qu'il enleva assez facilement avec la spatule; l'iris qui avait une teinte décolorée, cadavérique, reprit sa couleur primitive, et l'acuité visuelle, considérablement diminuée, redevint à peu près normale, après l'enlèvement de la fausse membrane; celle-ci aurait été due à la suppuration de la chambre antérieure.

ROHMER.

La question de la greffe oculaire, par ROHMER (2e *session du Congrès français de chirurgie*).

La question peut être définitivement jugée par deux ordres de faits :

1° Les faits cliniques, qui contre-indiquent la transplantation oculaire, en raison de l'ophtalmie sympathique possible et d'ailleurs nettement observée dans un cas ;

2° Les faits expérimentaux, qui montrent que l'atrophie du globe est une conséquence inévitable de la transplantation et de la réimplantation, même si le sphacèle de la cornée a pu être évité.

La greffe oculaire ne peut donc réussir actuellement PIERRE DELBET.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Il lupus primitivo della muccosa nasale, par Vincenzo COZZOLINO (*Arch. ital. di laring., VI, fasc. 1 et 2*).

Sept observations, recueillies chez des sujets de 17 à 55 ans, ont fourni à Cozzolino les matériaux de cette bonne étude clinique. Le lupus primitif de la pituitaire a été à peine signalé par quelques auteurs. Il débute d'ordinaire sur la portion cartilagineuse de la cloison, ne donnant lieu, au début, qu'à des signes de coryza; puis, au fur et à mesure de l'envahissement des ulcérations, on a les caractères de l'ozène, d'obstruction nasale par les croûtes, des troubles respiratoires dus à cette obstruction, des troubles auditifs dus à l'envahissement de la gorge.

A l'examen, caractères objectifs du lupus des muqueuses avec envahissement prédominant sur les cornets moyen et inférieur à la partie antérieure, perforation de la cloison. A noter l'intégrité (au début) des cartilages des ailes du nez, envahis au contraire rapidement quand il y a propagation au nez d'un lupus cutané.

Diagnostic difficile avec la syphilis. Traitement général et local ordinaire : scarifications, destruction au galvano-cautère, avec l'acide lactique; désinfection avec l'acide phénique, la poudre boriquée, l'iodol et la pommade à l'acide pyrogallique. A. CARTAZ.

Polype fibro-muqueux des arrière-narines, par Henri CHATELLIER (*Ann. des mal. de l'oreille, décembre* 1886).

Chatellier a pu extraire, par morcellement de la tumeur avec le serre-nœud et sans opération préliminaire, un volumineux polype dur des arrière-fosses nasales, coexistant avec des polypes muqueux des fosses nasales. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un fibro-myxome.

La formation de cette variété de tumeur se fait d'après Chatellier aux dépens de la couche fibreuse persistante; la présence ou l'absence de tissu fibreux provient uniquement du tissu dans lequel la tumeur a pris naissance. A. CARTAZ.

De la rhinoplastie sur appareil prothétique, par PONCET (de Lyon) (*Progrès médic., oct.* 1886).

Chez une jeune fille de 20 ans, ayant perdu, à la suite d'accidents de syphilis héréditaire, le dôme du nez, la cloison, les os propres, et n'ayant plus que l'auvent nasal, Poncet eut l'idée, pour assurer la rhinoplastie, de fixer, avant la suture des lambeaux, une sorte de charpente légère de trépied en platine, fixé dans les apophyses montantes et vers l'épine naso-frontale par de petits trous au front. Le lambeau frontal, comprenant le périoste, fut rabattu et modelé sur ce squelette artificiel. Le résultat fut parfait comme esthétique et la malade n'a pas éprouvé, depuis l'opération, de gêne ou d'inconvénient de l'appareil. A. CARTAZ.

Zur operativen Therapie des Basedowschen Krankheit (Traitement chirurgical de la maladie de Basedow), par HACK (*Deutsche med. Woch., n°* 25, *p.* 425, 1886).

Fille de 17 ans, ayant depuis la plus tendre enfance une double exophtalmie et une tendance à l'oblitération des narines. A l'âge de 12 ans, rhumatisme articulaire aigu sans lésion cardiaque. A 16 ans 1/2, palpitations, augmentation de volume du cœur, goitre peu accentué.

En septembre 1885, l'auteur constate, en même temps que les signes de la maladie de Basedow, l'oblitération complète des fosses nasales par gonflement des corps érectiles des cornets moyens et inférieurs. Cautérisation du côté droit. Le lendemain, l'exophtalmie de ce côté a presque disparu. Quelques jours après, cautérisation de la narine gauche. Cette opération a un résultat analogue à l'autre, mais moins accentué.

Le traitement du nez par les cautérisations étant terminé, l'exophtalmie reste très modérée. L'auteur apprend dans la suite la disparition des palpitations nerveuses et de l'hypertrophie cardiaque. L. GALLIARD.

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sous-hyoïdiens en général, par Henri TISSIER (*Progrès médical,* 28 *août et suiv.*, 1886).

Tissier entend, sous le nom d'angine de Ludwig, un processus infectieux, septique, forcément et toujours identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buccale, porte d'entrée de l'agent morbifique, caractérisé, par une induration à tendance gangréneuse, à marche envahissante, de la région sous-

hyoïdienne, par une évolution clinique propre, et accompagnée de symptômes généraux graves.

Tissier reproduit le tableau clinique bien connu de ces phlegmons gangréneux et insiste sur les trois formes qui peuvent précéder la mort : soit l'intoxication générale avec le cortège des signes ataxo-adynamiques, soit les symptômes laryngiens avec le tableau général de l'asphyxie, soit enfin l'infection secondaire avec symptômes pyohémiques, et il rapporte plusieurs observations détaillées.

La lésion essentielle consiste dans la formation au centre du phlegmon d'une masse gangréneuse noirâtre, fétide, cloisonnée par des tractus filamenteux, au milieu de laquelle il est souvent difficile de reconnaître les organes infiltrés et ramollis. L'examen bactériologique est peu instructif, à cause des plaies cutanées et buccales qui laissent pénétrer des microbes étrangers ; jamais il n'existe de périostite alvéolo-dentaire aiguë.

Tissier a observé un cas de pseudo-rhumatisme infectieux, et relevé des cas de liquides séreux louches dans les diverses cavités séreuses ; de cœur jaunâtre, graisseux ; de sang diffluent ; d'abcès pulmonaires multiples.

Il rejette la synonymie généralement acceptée entre le phlegmon sus-hyoïdien et l'angine de Ludwig, et il réserve ce nom au phlegmon d'origine infectieuse. Et à défaut de la preuve microbiologique il soutient son opinion sur des arguments cliniques ; la marche cyclique de la maladie, la présence de signes généraux précoces, l'état typhoïde rapide, l'albuminurie, l'ictère, les arthropathies.

Un argument capital, c'est la contagion affirmée déjà par Roux. Or, les deux cas observés par Tissier ont porté sur deux employés des postes ambulants, voyageant ensemble, présentant à quelques semaines d'intervalle des symptômes locaux et généraux identiques.

La pathogénie infectieuse admise, quelle est la porte d'entrée des microbes ? Une ulcération herpétique des lèvres, une fissure minime, souvent une dent cariée, ou une folliculite amygdalienne peuvent servir à la pénétration des microbes qui vont lentement s'installer dans le tissu cellulaire sous-maxillaire ; peut-être dans d'autres cas les microbes, au lieu de suivre la voie lymphatique, pourraient suivre la voie glandulaire, comme le prouvent les cas où la glande est totalement désorganisée, mais, quoiqu'en dise Roux, la glande sous-maxillaire peut être intacte.

H. L.

I. — **Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt, par LUC** (*France médicale*, 16 *octobre* 1886).

II. — **Étude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka au point de vue de l'anatomie et de la pathologie, par P. TISSIER** (*Ann. des mal. de l'oreille octobre et novembre* 1886).

I. — Dans cette note, Luc résume le travail de Tornwaldt (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 715) et publie cinq observations confirmatives des bons résultats obtenus par la cautérisation de la bourse pharyngienne, dans les cas de catarrhe chronique du pharynx supérieur. Luc n'a pas rencontré de kyste pharyngien ; il s'agissait, dans tous les cas, de pharyngite sacculaire.

II. — Après avoir décrit la bourse pharyngée médiane, Tissier étudie les diverses hypothèses émises sur la nature de cette petite cavité : *a*) état pathologique anormal; *b*) vestige du canal qui, pendant la vie embryonnaire, réunit la partie antérieure de l'hypophyse à la cavité buccale; *c*) étranglement secondaire de la muqueuse, cavité normale; *d*) cavité normale analogue aux dépressions latérales, aux fossettes de Rosenmüller; c'est l'opinion qui semble à Tissier la plus plausible.

Tissier décrit ensuite, d'après Tornwaldt, les deux formes pathologiques liées à l'inflammation de cette cavité, pharyngite sacculaire et kyste pharyngien et publie quelques observations personnelles.

A. CARTAZ.

Diseases of the larynx, par J. GOTTSTEIN, traduction anglaise de P. M'BRIDE (In-8°, *Édimbourg*, 1886).

Dans sa forme abrégée, le traité de Gottstein est un des meilleurs qui ait été publié ; il méritait, à tous égards, la traduction qu'en a faite Mac Bride, on y trouvera peu de discussions, peu d'historique, mais une symptomatologie nette, précise, un résumé complet des moyens thérapeutiques.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première est consacrée à une étude d'ensemble, diagnostic, symptômes, traitement. Citons en passant l'opinion de Gottstein qui n'accorde aux inhalations qu'une médiocre importance ; elles n'agissent, d'après lui, que par la vapeur chaude de l'eau.

Dans la deuxième partie sont, étudiées les affections primitives du larynx : catarrhe, chondrite, plaies, néoplasmes, lupus, lèpres, corps étrangers, névroses. La division diffère, on le voit, des autres traités. Le chapitre consacré aux traumatismes, plaies et fractures, est trop restreint et insuffisant. A propos des néoplasmes bénins du larynx, Gottstein indique, bien entendu, la méthode endolaryngée comme méthode de choix, toutes les fois qu'elle sera possible ; il emploie, après extirpation, le galvanocautère, en place des caustiques chimiques, pour détruire les restes ou le point d'implantation des tumeurs et prévenir la récidive. Il ne croit pas à l'influence du catarrhe laryngé sur le développement des polypes.

Le chapitre des névroses est un des plus complets et des mieux étudiés ; l'auteur range dans la classe des toux nerveuses ce que l'on désigne improprement du nom de chorée du larynx. Il fait rentrer dans ce chapitre les diverses variétés de paralysies intrinsèques ou extrinsèques.

La troisième partie (affections secondaires) comprend les affections laryngées dans la tuberculose, la syphilis, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'érysipèle et la coqueluche. Ces complications sont étudiées avec soin.

Mac Bride a ajouté, dans un appendice, un résumé des travaux d'Exner Krause et son mémoire sur le vertige laryngé (*R. S. M.*, XXIV, 705).

A. CARTAZ.

I. — **Intubation of the larynx**, par **O'DWYER** (*N. York med. journ., août-septembre* 1885 *et avril-novembre* 1886).

II. — *Idem*, par Dillon **BROWN** (*N. York med. Record, 10 avril* 1886).

III. — *Idem*, par W.-E. **WAXHAM** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 *mars* 1886).

IV. — *Idem*, par **WAXHAM** (*Broch. Chicago*, 1886).

V. — *Idem*, par J.-H. **HANCE** (*N. York med. journ.*, 2 *octobre* 1886).

VI. — *Idem*, par **NORTHRUP** (*Ibidem*, 18 *septembre* 1886).

VII. — *Idem*, par **CHEATHAM** (*American Practit. and News*, 13 *novembre* 1886).

VIII. — *Idem*, par Flechter **INGALS** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 10 *juillet* 1886).

IX. — **Laryngeal diphtheria, intubation and pathological anatomy**, par **NORTHRUP** (*N. York Acad. of med.*, 2 *décembre* 1886, *et N. York med. Record*, 11 *décembre* 1886).

X. — *Idem*, par C.-G. **JENNINGS** (*Americ. Lancet, novembre* 1886).

XI. — *Idem*, par **WAXHAM** (*Med. News*, 1er *janvier* 1887).

I. — C'est en 1858 que Bouchut préconisa le tubage du larynx pour remplacer la trachéotomie. Cette méthode violemment discutée à l'Académie fut rejetée sur le rapport de Trousseau.

Dans son travail, O'Dwyer reprend les idées de notre compatriote et sa méthode de tubage du larynx semble aujourd'hui en grande faveur en Amérique. Ses instruments diffèrent de ceux de Bouchut; ils se composent de canules de caoutchouc rouge (5 modèles) qu'on introduit au moyen d'un conducteur et qui pénètrent jusqu'au fond de la trachée; le tube est maintenu en place par un renflement de la partie supérieure qui prévient la chute dans les voies aériennes. On retire les canules au moyen d'un extracteur du genre d'un dilatateur. Un fil de sûreté, fixé à la canule pendant l'introduction, est retiré aussitôt le tube en place.

O'Dwyer, dans cette note, ne publie que 2 cas : un enfant de 3 ans 3 mois, diphtérie, guérison; un enfant de 16 mois, diphtérie, mort.

II. — Dillon Brown rapporte 12 observations recueillies dans le service de O'Dwyer, 9 morts, 3 guérisons. 5 des petits malades avaient 5, 11, 12, 16 et 33 mois, conditions évidemment peu favorables.

Dans une autre statistique, O'Dwyer publie 48 cas, avec 12 guérisons.

III. — Vaxham décrit la méthode de O'Dwyer, il préfère cette opération à la trachéotomie, pour les raisons suivantes :

Plus facilement acceptée par la famille, elle fait disparaître la dyspnée avec autant de rapidité que la trachéotomie. Le tube laryngien cause moins d'irritation que la canule trachéale et rend l'expectoration plus facile; de plus, ce tube se terminant dans la gorge, l'air qui entre dans les poumons est chaud et humide et la pneumonie est alors moins à craindre. Opération non sanglante, rapide, exempte de dangers, sans plaie; la seule objection qu'on puisse lui faire est la difficulté de son exécution.

IV. — Waxham publie un relevé de 83 cas de tubage du larynx,

donnant 23 guérisons, soit 27,71 0/0. L'âge moyen des malades était de 3 ans 7 mois. 40 malades avaient une diphtérie maligne et sur ce nombre 20 étaient mourants. 18 ont cependant guéri et 18 autres sont morts tardivement, soulagés par le passage du tube. 4 succombèrent avant l'ablation du tube, aux progrès de la diphtérie; 3 à l'épuisement après l'ablation du dilatateur, les autres succombèrent, 1 par paralysie cardiaque, 1 par urémie, 9 par pneumonie.

En relevant par comparaison, la statistique des trachéotomies, faites à Chicago, Waxham a trouvé 58 guérisons sur 306 cas, soit 18,95 0/0. En présence de ces résultats, de la facilité de l'opération du tubage, Waxham lui accorde la préférence sur la trachéotomie.

Sur 13 nouveaux cas opérés depuis la publication de cette note, Waxham a eu 6 guérisons. A. C.

V. — Hance fait le procès de la trachéotomie, mais il ne dispose que de documents personnels fort insuffisants pour juger cette opération. Pendant les dix-huit derniers mois, en effet, il l'a pratiquée 5 fois; les 5 opérés ont succombé. Or il donne l'âge de ses opérés : 2 au-dessous de 1 an, 2 âgés de moins de 2 ans, le plus vieux avait 2 ans et demi. On peut donc lui reprocher de s'être exposé volontairement à l'insuccès.

Quant au tubage du larynx, il l'a pratiqué cinq fois; 4 morts, 1 guérison. L'enfant guéri avait 2 ans et 3 mois. Les autres opérés avaient 2 ans, 14 mois, 13 mois; le plus jeune avait 5 mois et demi, il n'a vécu que 3 heures après l'opération. Ces résultats sont peu encourageants et justifient peu les préférences de l'auteur pour le tubage du larynx. L. GALLIARD.

VI. — Northrup a pratiqué dans 8 cas de croup le tubage du larynx. Le plus jeune opéré n'avait que 1 an et 11 mois, il a guéri; les autres avaient de 3 ans et demi à 7 ans.

5 opérés sont morts : 2 par le fait de l'extension de l'exsudat diphtérique aux petites bronches, 1 par pneumonie, 1 par diphtérie maligne; 1 a succombé subitement, l'auteur croit à une lésion cardiaque.

Les 3 cas de guérison se rapportent à des enfants opérés à la période de suffocation, avec exsudats pharyngés et albuminurie. Le cathéter n'est pas resté en place plus de 6 jours; dans un des cas, on ne l'a laissé que 40 heures. L. GALLIARD.

VII. — Cheatham, en compulsant les statistiques publiées par Northrup, Caldwell, Ingals, Waxham, a réuni 35 cas donnant 28 guérisons; lui-même a pratiqué 4 fois le tubage avec 1 guérison.

VIII. — Dans cette note, Flecht Ingals rapporte 2 cas heureux de tubage du larynx chez de jeunes enfants; il insiste sur la nécessité des soins consécutifs. Ce n'est pas tout, dit-il, de maintenir ouvert l'orifice laryngé, il faut songer qu'on a affaire à une maladie grave, infectieuse, à la possibilité de pénétration des aliments dans la trachée. F. Ingals est partisan déterminé du tubage, qu'il regarde comme facile, sans danger, et qui est accepté par bien des familles qui ne voudraient pas de la trachéotomie.

IX. — Northrup donne le chiffre des décès causés par la diphtérie laryngée à New-York, Foundling Asylum, pendant les cinq dernières années. Ce chiffre est de 87 morts. Il décrit ensuite la méthode de tu-

bage du larynx, ses avantages, et dit que, sur les 96 cas de Waxham, les 48 cas de O'Dwyer, on compte 28,5 0/0 de guérisons.

Francis *Huber* a pratiqué 11 fois le tubage du larynx chez des enfants, il a eu 4 guérisons; sur 12 trachéotomies, il n'a eu que 2 guérisons.

La dernière statistique de Northrup comprend 165 cas avec 28,5 0/0 de guérisons.

X. — Jennings n'est pas partisan du tubage; il croit devoir repousser cette méthode surtout chez les enfants au-dessous de 3 et 4 ans, ayant des diphtéries peu graves. Il accorde la préférence à la trachéotomie, excepté chez les tous jeunes enfants de 15 à 16 mois où le tubage peut donner de meilleurs effets.

XI. — A propos des discussions soulevées par cette question, Waxham rappelle qu'il a pratiqué une centaine de fois l'intubation. Dans 42 cas, il s'agissait d'enfants au-dessous de 3 ans, quelques-uns à la mamelle et il a eu dans cette série 13 guérisons, dont 4 chez des enfants de 9, 14, 18, et 22 mois.

Voyez sur ce sujet d'autres articles de Montgomery (*Philad. med. and surg. Reporter*, 23 oct. 1886; Davidson (*Buffalo med. journ.*, juillet 1886); Gomez de la Mata (*Gaceta de oftalm. y otol.*, oct. 1886; Ingraham (*Buffalo med. journ.*, oct. 1886); S. Powell (*Med. News*, 4 déc. 1886). A. CARTAZ.

De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique, par J. GAREL (*La Province méd.*, 25 *décembre* 1886).

Garel publie 7 observations qui démontrent les heureux et rapides effets de la gymnastique vocale, préconisée par E. Fournier (*Congrès de Milan*, 1880), pour le traitement de l'aphonie hystérique et de la voix eunuchoïde.

Ce type de voix, dû à une mue défectueuse, par modification plus rapide du squelette que des muscles du larynx, est, d'après Garel, facilement curable. Le larynx est transformé, mais les muscles ont conservé l'habitude de fonctionner pour la voix de fausset et ne produisent pas la voix grave de l'adulte. Il faut une éducation. C'est en faisant respirer méthodiquement, puis entremêlant les respirations simples d'expirations sonores, etc., que Garel est arrivé à guérir ces voix anormales. Pour l'aphonie hystérique, les guérisons sont encore plus aisées à interpréter, bien que le procédé doive, à mon avis, rencontrer des réfractaires. A. CARTAZ.

Des injections sous-cutanées d'acétate d'ammoniaque dans le traitement de l'aphonie et des enrouements récents et chroniques, par STOCQUART (*Arch. mens. de méd. belges, octobre* 1886).

Stocquart publie douze observations qui démontrent l'efficacité de ces injections faites à la nuque avec une solution d'acétate au 10e, au 5e, au 1/3. Les enrouements ont cédé, la plupart du temps très rapidement, à ce traitement tout à fait inoffensif, en dehors de la douleur légère provoquée par l'injection. Il a suffi, dans plusieurs cas, d'une seule injection. A. CARTAZ.

Ein weitere Beitrag zu den laryngoskopischen...(Contribution nouvelle à l'étude laryngoscopique de la coqueluche), par Otto v. HERFF (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXIX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 392).

Ayant contracté la coqueluche, l'auteur eut l'occasion d'étudier sur lui-même, d'une façon suivie, l'état du larynx.

Pendant toute la durée de la maladie, il a observé une inflammation superficielle de la muqueuse, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'à la bifurcation des bronches. Cette inflammation est surtout marquée dans la région interaryténoïdienne, surtout à la partie postérieure de la fente glottique et à la face inférieure de l'épiglotte. La région située immédiatement au-dessous de la glotte était aussi très rouge.

Au moment des quintes, on constatait l'existence de flocons de mucus sur la muqueuse de la paroi postérieure du larynx au niveau de la glotte. Lorsque ce flocon muqueux pouvait être déplacé par une respiration forcée, la quinte était coupée.

L'irritation, à l'aide d'une sonde, de la région interaryténoïdienne, et surtout de la partie sous-jacente, provoquait un paroxysme très semblable à celui qui constitue la quinte. L'excitation de la face inférieure de l'épiglotte amenait un accès semblable, mais moins violent. Jamais l'attouchement des autres parties du larynx ne provoquait de quinte. A. MATHIEU.

Laryngitis hæmorrhagica, par STRÜBING (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 *juin* 1886).

Femme de 34 ans, au 9e mois de la grossesse, atteinte de laryngite aiguë au commencement de décembre 1885. Le 15, subitement, sans cause connue, dyspnée intense pendant une heure, puis expectoration de caillots sanguins. Plusieurs accès analogues se produisent dans la journée et le lendemain. Après le rejet des caillots, la dyspnée cesse. Dans l'intervalle des accès, la malade crache du muco-pus, mais jamais de sang liquide.

Examen du larynx, le 18 décembre. La muqueuse, surtout au niveau des cordes vocales supérieures, est rouge et gonflée; il y a des coagulations sanguines sur les cordes vocales inférieures ; aussi l'étroitesse de la glotte est-elle extrême.

Inhalations d'eau salée et de solutions de bicarbonate de soude et de tanin. Narcotiques pour calmer la toux.

Les accès diminuent progressivement pour cesser le 24 décembre. La patiente accouche le 31 décembre. Au milieu de janvier, elle est guérie de son catarrhe laryngé et quitte l'hôpital. L. GALLIARD.

Ein Fall von Tracheotomie bei Haemoptoë, par Lucius SPENGLER (*Corresp. Blatt für schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 282, 1er *juin* 1886).

Spengler n'a trouvé dans la littérature médicale qu'un seul fait de trachéotomie pratiquée chez un tuberculeux, asphyxié par des caillots d'hémoptysie (Betz, *Memorabilien*, XIV, 1869).

En voici un second exemple. Femme de 34 ans, ayant pour la troisième fois sa période menstruelle interrompue par une violente hémoptysie s'accompagnant de syncope, de cyanose et de suffocation, tenant manifestement à l'accumulation du sang dans les voies aériennes.

Les mâchoires contracturées empêchant le cathétérisme du larynx, C. Brunner fait la trachéotomie et aspire 50 centimètres cubes de sang par une sonde molle introduite dans la plaie. Immédiatement après l'opération, la respiration se calme, mais le pouls reste petit et ne se relève qu'après

deux injections sous-cutanées d'éther. Dès que la malade reprend connaissance, surviennent des quintes de toux : injection morphinée et introduction de la canule.

L'hémorragie ne se reproduit plus; mort le 4e jour.

Autopsie. — Tuberculose des deux poumons avec nombreuses cavernes dans le gauche ; l'une d'elles communique avec une bronche de 2e ordre. Suppuration du médiastin remontant jusqu'à l'extrémité inférieure de la plaie trachéale qui est en voie de bourgeonnement (*R. S. M.,* XXV, 335). J. B.

Primäre Kehlkopftuberculose (Tuberculose primitive du larynx), par FRÆNKEL (*Soc. méd. de Hambourg*, 26 *janvier* 1886).

Frænkel a fait l'autopsie d'un sujet de 31 ans, atteint depuis 5 ans et demi de tuberculose laryngée, et chez qui les poumons ne contiennent que des lésions insignifiantes: quelques noyaux péribronchiques récents, mais pas de foyers de ramollissement. Rien dans les ganglions bronchiques, ni hypertrophie, ni ramollissement. Rien dans le foie, l'intestin, le testicule.

Il s'agit donc là d'une tuberculose longtemps localisée au larynx, et déterminant la destruction presque complète de l'organe avant d'atteindre les poumons. C'est une phtisie laryngée primitive. L. GALLIARD.

Submucous injection of lactic acid for the cure... (Injections sous-muqueuses d'acide lactique pour le traitement de la phtisie laryngée au début), par G.-W. MAJOR (*Montreal. med. chir. Soc.*, 22 *octobre* 1886).

Major emploie une solution de 20 à 30 0/0 d'acide lactique dont il injecte 15 à 20 gouttes dans les gonflements et œdèmes qui surviennent dans les premières phases de la phtisie laryngée. La douleur est assez vive, mais il y a fort peu d'irritation consécutive, et sous l'influence de ce traitement on voit la tuméfaction disparaître et l'affection rétrocéder.

A. CARTAZ.

I. — A cockleburr removed from the larynx by Voltolini's sponge method (Extirpation d'un fruit de bardane au moyen de l'éponge de Voltolini), par Max THORNER (*Cincinnati Acad. of med.*, 28 *juin* 1886).

II. — Ingenious method of extraction of cockleburr from the larynx, par D.-B. CRAWLEY (*Med. News*, 11 *décembre* 1886).

I. — Garçon de 16 ans qui, en respirant profondément, fait pénétrer un fruit de bardane avec ses picules dans le larynx. Le corps étranger obstruait en grande partie la glotte et donnait lieu à des troubles graves de la respiration. Les tentatives pour l'enlever avec les pinces de différents modèles échouèrent à diverses reprises. Thorner eut l'idée d'employer une fine éponge de Voltolini, qu'il parvint à glisser au-dessous du corps étranger; en ramenant vivement l'éponge, le fruit fut retiré. Suites simples. LUC.

II. — Corps étranger de même nature chez un enfant de 9 ans. Crawley, n'ayant pas d'instrument sous la main, enveloppa le bout de l'index de coton, parvint à accrocher la ouate aux picules du fruit et put ainsi le retirer. A. C.

Ein Knochenstück in der Kehlkopfhölle (Petit morceau d'os ayant pénétré dans le larynx d'un enfant de 22 mois), par A. JURASZ, de Heidelberg (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde, p.* 369, 1886).

Dans ce cas, l'examen laryngoscopique ne fut possible que lorsque l'en-

fant eut été plongé dans un état de demi-sommeil chloroformique pendant lequel il poussait des gémissements continus qui mettaient l'orifice supérieur du larynx dans une position favorable à l'examen.

Le fragment d'os (un morceau de côte de poulet représentant 17 millimètres dans un sens et 9 dans l'autre) était fixé entre les cartilages aryténoïdes et fut extrait à l'aide d'une pince, à la troisième tentative. LUC.

Ein Beitrag zur Ætiologie der Taubstummheit (Contribution à l'étiologie de la surdi-mutité), par EBERTZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLIV, p.* 167, *janvier* 1886).

Le travail d'Ebertz porte sur 310 jeunes sourds-muets. Chez 185, soit 60 0/0, l'infirmité était congénitale, et chez les 125 autres, soit 40 0/0, elle était acquise.

Sourds-muets de naissance : 37 d'entre eux étaient issus de 28 mariages consanguins. Quant aux 148 autres, leurs pères et mères n'étaient nullement parents entre eux. Les 28 mariages consanguins se composaient de 9 unions entre germains, de 5 entre cousins issus de germains et de 14 où les liens de parenté étaient plus éloignés.

Il résulte d'un tableau dressé par l'auteur que dans chaque union consanguine le nombre des enfants sourds-muets augmentait en raison directe du rapprochement de la parenté.

Sur les 185 sourds-muets de naissance, 25 présentaient des ascendants atteints de la même infirmité et 6 autres des sourds-muets dans leur parenté collatérale.

A côté des cas dans lesquels on peut invoquer un facteur étiologique, il reste 70 sourds-muets de naissance dont l'infirmité ne pouvait être expliquée. C'étaient des enfants issus de parents bien portants et non consanguins, ils n'avaient pas de tare héréditaire, pas d'autres infirmités et jouissaient d'une bonne santé.

Surdité-mutité acquise : Entre les 125 enfants devenus sourds-muets, 73 l'étaient devenus dans les deux premières années de la vie et 52 à une époque ultérieure.

Parmi les antécédents morbides de ces enfants, se trouvaient 63 méningites cérébrales, 7 éclampsies, 5 méningites cérébro-spinales, 6 affections auriculaires, 13 rougeoles, 11 scarlatines, 10 fièvres typhoïdes, 4 chutes sur la tête, 2 diphtéries et 2 scrofules.

12 comptaient des sourds-muets dans leur parenté et 5 des autres maladies de l'oreille.

En terminant, Ebertz relève la fréquence de l'incontinence nocturne d'urine (11,2 0/0) parmi les sourds-muets de l'asile, surtout chez ceux dont l'infirmité était congénitale (16 fois sur 19). J. B.

Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par T.-J. MOURE (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *décembre* 1886).

Pour obvier à la difficulté de faire pénétrer la sonde dans la trompe, quand elle est enflammée ou obstruée partiellement par du mucus, Moure eut l'idée de badigeonner l'orifice avec la solution de cocaïne. La rétraction de la muqueuse facilita la pénétration. En instillant quelques gouttes dans la trompe elle-même, le cathétérisme est rendu bien plus aisé et presque insensible. A. CARTAZ.

Épistaxis grave ; tamponnement postérieur, otite suppurée bilatérale, par GELLÉ (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *décembre* 1886).

G... rapporte l'observation d'un malade chez lequel des épistaxis graves nécessitèrent le tamponnement nasal. Bien qu'on eût enlevé le tampon postérieur après 48 heures, il survint une double otite suppurée avec perforation des deux tympans. A. C.

Zur Ætiologie des Ohrfurunkels (De l'étiologie du furoncle de l'oreille), par W. KIRCHNER (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, p.* 1, 1887).

Après avoir rappelé les recherches de Lœwenberg sur les micro-organismes différents observés par lui dans le pus des furoncles de l'oreille et dans celui de l'otite moyenne suppurée, Kirchner fait connaître le résultat de ses propres investigations sur le même sujet.

Le liquide retiré, avec toutes les précautions nécessaires, du furoncle, à sa période d'engorgement, ne lui a jamais révélé que la présence d'un genre de micrococcus toujours le même : le staphylococcus pyogenes albus.

Le furoncle ne se laisse envahir par d'autres microbes, notamment par le staphylococcus pyogenes aureus, qu'à une période plus avancée de son évolution.

Comme conséquence de ses recherches, l'auteur recommande l'emploi de la méthode antiseptique pour l'ouverture des furoncles de l'oreille et surtout pour les pansements consécutifs, afin de prévenir la récidive. Il rapporte, en terminant, une observation établissant nettement la contagiosité de cette affection. LUC.

Osteom in der Warzengegend... (Ostéome de la région mastoïdienne. Ouverture des cellules mastoïdiennes. Otite moyenne purulente consécutive avec perforation tympanique. Guérison), par J. WEINLECHNER (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, p.* 341, 1886).

Les exostoses de l'appareil auditif, rares en elles-mêmes, sont exceptionnelles au niveau de l'apophyse mastoïde.

Dame de 30 ans. La tumeur, grosse comme une châtaigne, existait depuis douze ans sur l'apophyse gauche, n'occasionnant d'ailleurs aucune douleur, et fut enlevée avec la gouge en mettant à jour plusieurs des cellules mastoïdiennes. Au bout de quinze jours, la plaie était presque fermée.

Deux semaines plus tard, se déclara un abcès de l'oreille moyenne gauche, qui se termina par ouverture à travers la membrane tympanique. La guérison eut lieu avec recouvrement de l'ouïe. LUC.

Labyrintherkrankung in einem Fall von Leukämie (Lésions labyrinthiques dans un cas de leucémie), par H. STEINBRUGGE, de Giessen (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, p.* 238, 1886).

Homme de 26 ans, entré à l'hôpital pour des accidents de leucémie dont le début remonte à 4 ans, et caractérisés, en dehors des signes ordinaires d'épistaxis, d'augmentation de la rate et du foie, d'œdème des extrémités inférieures par de la rétinite.

Un mois après son admission, dans la nuit, sensations de bruissement

dans la tête suivies de surdité subite de l'oreille droite. Le malade était déjà sourd de l'oreille gauche, depuis son enfance, consécutivement à une otite suppurée. Mort le 8 janvier.

On diagnostique des hémorragies labyrinthiques du labyrinthe de l'oreille droite.

On trouve à l'autopsie des extravasations sanguines dans les différentes parties de l'oreille interne droite; rampes du limaçon, conduit du limaçon, membrane de Corti, névrilème du nerf auditif, vestibule membraneux.

Ces extravasations sont moins nettes dans les conduits demi-circulaires, en revanche on constate ici une formation de tissu osseux nouveau emprisonnant les conduits membraneux et remplissant complètement, sur certains points, la cavité des conduits demi-circulaires osseux, tout en laissant distinctes les limites de leurs contours. Sur d'autres points, la cavité des conduits osseux persiste et présente, à son intérieur, du tissu conjonctif riche en vaisseaux.

Il est facile de se rendre compte que le tissu osseux nouveau se forme sur la paroi osseuse des conduits, aux points d'insertion des conduits membraneux. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 756). LUC.

Doppelseitige Labyrintherkrankung während einer Cerebrospinal-Meningitis (Lésions labyrinthiques doubles dans le cours d'une méningite cérébro-spinale), par H. STEINBRUGGE (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, p. 229, 1886).

Enfant de 6 ans, est pris de céphalée et de vomissements et au bout de deux jours est frappé d'une surdité complète bilatérale, qui persiste jusqu'à la mort. Aucune lésion appréciable à l'examen des tympans. A part quelques élévations irrégulières, la température reste presque constamment normale. La mort a lieu au bout de 36 jours.

A l'autopsie : lésions insignifiantes dans les caisses; infiltration purulente des nerfs auditifs.

Les diverses parties du labyrinthe examinées au microscope se montrent remplies de leucocytes, de cellules embryonnaires et d'éléments conjonctifs en voie d'organisation.

Du côté droit : l'axe du limaçon est rempli de leucocytes jusqu'à sa pointe. La plupart des cellules ganglionnaires du canal de Rosenthal se montrent intactes sauf dans le groupe de la première spirale où elles manquent ou apparaissent anguleuses ou ratatinées.

La membrane de Corti est partout détruite ; la membrane spirale, le ligament spiral, la membrane de Reissner sont en grande partie intacts.

Les rampes sont remplies par un liquide fibrino-purulent traversé par du tissu conjonctif et des vaisseaux de nouvelle formation rompus par places.

Travail d'infiltration purulente, de dissociation et de destruction analogue dans le vestibule et les canaux demi-circulaires dont la portion membraneuse est méconnaissable.

A gauche, les lésions sont plus profondes encore. Les parois osseuses sont atteintes par le processus ulcératif. Les filets nerveux se montrent dissociés par le pus jusque dans l'axe du limaçon. LUC.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER

Résultats opératoires et thérapeutiques. — Indications. — Manuel opératoire,

Par Maurice HACHE.

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

Hennig, X, 144 ; — Czerny, XVII, 173 ; — Picqué, XVII, 619 ; — Ruge et Veit, Jacubasch, XX, 191 ; — Cushing, XX, 628 ; — Beauregard, Schröder, Linkenfeld, Martin, XIX, 581 ; — Fenger, XX, 196 ; — Müller, Kocks, Olshausen, Haidlen, Kirpert, XXII, 242 ; — Simpson, XXII, 246 ; — Solovief, XXII, 624 ; — Sänger, Brendel, Engström, de Vecchi, Duvelius, XXIII, 588 ; — Olshausen, Kocher, Schröder, Veit, Martin, Hahn, Czerny, Dupont, Starck, XXIV, 220 ; — Schatz, Zweifel, Tauffer, J. Bœckel, Demons, Doche, Sauve, Hofmeier, XXV, 638 ; — Wallace, Duncan, XXVI, 171 ; — Bokelmann, Duncan, XXVI, 619.

Consulter, en outre, les travaux suivants :

Zwei erfolreiche Totalexstirpationen der Gebärmutter mit Bemerkungen, par **H. Kraussold** (*Cent. f. Chir.*, n° 2, 1883). — Erfahrungen über Drainage bei Herausnahme der krebshaften Gebärmutter von der Scheide aus, par **Battlehner** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48, 1885). — Beiträge zur vaginalen Uterusexstirpation, par **Heilbrun** (*Centralbl. f. Gynækologie*, *n.* 5 *et* 6, 1885). — Ein Beitrag zur vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter, par **Otto von Herff** (*Arch. f. Gyn.*, *XXVI*, 1885). — On hysterectomy, par **Thomas Keith** (*Edinb. med. j.*, *mai* 1885). — Beiträge zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus, par **J. Linkenfeld** (*Berl. kl. Woch.*, n° 41, 1885). — Article Uterus (opérations), par **Schwartz** (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885). — Epithelioma de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison, par **Tillaux**; *idem*, par **Terrier** (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1885, *t. XI*, *n.* 7-8, *p.* 431-438); *idem*, par **Trélat** (*Ibidem*, *n.* 9, *p.* 562-567). — Hystérectomie vaginale pour cancer. Mort, par **Terrier** (*Ibidem*, *p.* 567-573). — Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Guérison, par **Gillette** (*Ibidem*, *n.* 11 *et* 12

p. 729-738). — HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE VAGINALE POUR UN CANCER DE L'UTÉRUS. MORT, par **Le Dentu** (*Ibidem*, *n°* 12, *p.* 738-744). — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SUIVIE DE MORT, par **G. Richelot** (*Ibidem*, *p.* 746-750). — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR UN ÉPITHÉLIOMA DU COL. GUÉRISON, par **Terrier** (*Ibidem*, 1886, *t. XII*, *n°* 1, p. 10-21). — MÉTRITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE PRISE POUR UN CANCER. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. MORT.—EPITHÉLIOMA DU COL. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. GUÉRISON, par **Pozzi** (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, *t. XII*, *n°* 2, *p.* 119-120); *idem*, par **Marchand** (*Ibidem*, *n°* 3, *p.* 152-156). — QUATRIÈME OBSERVATION D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. GUÉRISON, par **Terrier** (*Ibidem*, 1886, *t. XII*, *p.* 467-472). — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER. MORT, par **Rohmer**. RAPPORT, par **Richelot** (*Ibidem*, *p.* 947-952). — THE TREATMENT OF CANCER OF THE UTERUS, par **W.-H. Baker** (*Boston med. journal*, 6 *mai* 1886). — CANCER OF UTERUS, par **W. Backer** (*N. Y. med. j.* 1886, *p.* 313). — CANCER DE L'UTÉRUS CHEZ UNE MULTIPARE ENCEINTE DE 6 MOIS. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE 24 JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. GUÉRISON, par **Berthod** (*Gaz. méd. de Paris. novembre* 1886). — UEBER DIE VAGINALE TOTALEXSTIRPATION DES UTERUS, par **Brennecke** (*Zeitsch. für Geburts. und Gyn. XII*, *n°* 2, 1886). — ZUR INDICATIONSSTELLUNG DER OPERATION BEI KREBS DER GEBÄRMUTTERHALSES, par **Brennecke** (*Berlin. klin. Woch.* 26 *avril* 1886). — EPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTÉRUS. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, par **Closs** (*The Austral. med. Gaz.*, *p.* 216, *juin* 1886). — TRE ESTIRPAZIONI TOTALE D'UTERO CANCEROSO PER LA VIA DELLA VAGINA, par **Crespi** (*Bull. di Soc. lantiss. de osped di Roma*, *p.* 2-39, *avril* 1886). — ON EXTIRPATION OF THE ENTIRE UTERUS, par **W.-A. Duncan** (*Trans. of the obst. Soc. of London, XXVII*, *p.* 8, 1886). — EPITHELIOMA OF THE CERVIX, par **Goodell** (*Boston med. journal*, 8 *avril* 1886). — DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, par **Heydenreich** (*Semaine médicale*, *n°* 8, 1886). — EXCISION OF THE ENTIRE UTERUS FOR CANCER, par **Jennings** (*Lancet*, *n.* 15 *et* 16 1886). — TRAITEMENT DES CANCERS DE LA MATRICE PAR L'HYSTÉRECTOMIE, par **Kœberlé** (*Gaz. hebdom.*, 26 *février* 1886). — 26 EXTIRPATIONS TOTALES DE L'UTERUS PAR LE VAGIN, par **Léopold** (*Centr. f. gyn.*, 1886). — ABLATION DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE, par **Péan** (*Gaz. des hôpitaux*, 13 *mai et* 12 *octobre* 1886). — KOLPOHYSTERECTOMY FOR CANCER, par **Sara Post** (*Americ. journal of the med. sciences*, *p*- 113, 1886). — BERICHT ÜBER SECHS UTERUSEXSTIRPATIONEN, par **Thelen** (*Centr. f. Gyn.*, *n°* 36, 1886). — DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. MANUEL OPÉRATOIRE, par **Richelot, Duplouy, Péan, J. Bœckel, Tédenat** ET **Demons** (*Congrès français de chirurgie*, 1886). — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, par **Richelot** (*Union médicale* 1886, *n.* 25, 95, 96, 106, 151 *et* 164, *et* 1887, *n.* 5 *et* 21). — TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'UTÉRUS, par **R. de Madec** (*Thèse de doctorat en chirurgie, Paris*, 1887). — UN CAS D'ABLATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE, SUIVIE DE SUCCÈS, par **Smith** (*Lancet* 1887, *p.* 14). — HEMOSTASE DANS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, par **Doléris** (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.* 1887 *p.* 11). — CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, par **Ricklin** (*Gaz. méd. de Paris*, 1887, *n°s* 10, 11 *et* 12). — DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, MODIFICATION A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, RÉSECTION DU VAGIN, par **Richelot** (*Soc. de chir.*, 9 *mars* 1887.) — NOUVELLES PINCES POUR LES LIGAMENTS LARGES, par **Doyen** (*Soc. de chir.* 9 *mars* 1887.)

Quoique l'utérus ait été, avant Récamier, plusieurs fois enlevé par le vaginl, par Langenbeck (1813), Sauter (1823) et Blundell (1828), qui guérirent leurs opérées, c'est au chirurgien français qu'on s'accorde à rapporter l'honneur d'en avoir fait, en 1829, une opération réglée et précise et

d'avoir paré au principal accident opératoire, l'hémorragie, par la ligature préalable des ligaments larges.

Mais en dehors du collapsus, du choc traumatique, résultat complexe qui relève souvent, comme l'a établi le professeur Verneuil, d'un état pathologique antérieur et peut-être d'un certain degré d'empoisonnement septique, l'hystérectomie vaginale ouvrait la porte à deux grands dangers: la péritonite et l'hémorragie secondaire, contre lesquels les chirurgiens du temps de Récamier étaient à peu près désarmés. Aussi, malgré quelques tentatives isolées, cette opération tomba-t-elle dans l'oubli pour revenir en honneur, avec bien d'autres, quand l'antisepsie permit à la chirurgie de devenir plus entreprenante.

C'est Czerny, de Heidelberg, qui, en 1878, remit en honneur l'opération de Récamier, bientôt suivi par Billroth. Après eux, Schröder, Martin et Olshausen à Berlin, Sänger à Vienne contribuèrent à vulgariser cette opération qui se généralisa en Allemagne à partir de 1881. Il est juste de signaler l'amputation supra-vaginale de Schröder comme un intermédiaire entre l'amputation sous-vaginale classique et l'ablation totale de l'utérus, et de lui attribuer un certain rôle dans la réhabilitation de l'hystérectomie vaginale.

En France, l'hystérectomie vaginale fut difficilement acceptée ; elle fut pratiquée en octobre 1882 par M. Péan, et quelques semaines après par M. Demons et ses collègues de Bordeaux, MM. Dudon et Mandillon. La première publication récente faite en France sur l'hystérectomie vaginale est la communication de M. Demons à l'Académie de médecine, le 12 juin 1883. C'est donc à lui que revient l'honneur d'avoir attiré de nouveau l'attention des chirurgiens de notre pays sur cette opération. Toutefois, elle fut encore, en 1884, défavorablement jugée par la Société de chirurgie de Paris. Ce n'est que vers le milieu de 1885 que ses membres l'adoptèrent, et à partir de ce moment le nombre des observations se multiplia rapidement.

Dans ces conditions, le moment paraît favorable pour réunir l'ensemble des observations publiées, et fournir ainsi un document qui permette de juger la valeur de cette opération.

Sans doute la chirurgie ne se fait pas avec des statistiques, formées presque toujours, comme c'est ici le cas, d'éléments assez disparates, et l'analyse est préférable à la synthèse ; sans doute leur interprétation permet d'édifier des hypothèses dont la fantaisie s'abrite sous l'apparente précision des chiffres ; mais en ne leur demandant pas plus qu'elles ne peuvent donner, en ne considérant pas leurs résultats comme mathématiquement exacts, elles constituent un élément important de jugement, et peuvent permettre à elles seules de trancher certaines questions ; elles suffisent, par exemple, à démontrer la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur l'hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie vaginale a surtout été pratiquée pour des cancers, et c'est sur l'hystérectomie pour cancer que portera ce travail ; il ne comprendra qu'accessoirement les résultats fournis par cette opération dans les cas de corps fibreux, de prolapsus, de déviations utérines et de métrites prises pour des cancers.

Nous examinerons successivement la mortalité opératoire, les résultats éloignés de l'intervention, les indications et le manuel opératoire.

Mortalité opératoire.

Ce travail est basé sur l'analyse de 495 observations d'hystérectomie vaginale, dont 21 sont inédites et nous ont été obligeamment communiquées par leurs auteurs. Les tableaux de Sara Post, qui comprennent 341 cas, nous ont été d'un grand secours.

La mortalité absolue de toutes les opérations d'hystérectomie est de 24.29 0/0. Ce chiffre n'a, en réalité, pas grand intérêt, car il représente des faits et des périodes trop disparates. En séparant les opérations pour cancer, on trouve pour elles 24.47 0/0 et pour les autres 17.64 0/0 de mortalité.

La mortalité par années se répartit de la façon suivante :

Avant 1883. 164 hystérectomies pour cancer avec 43 morts = 26.21 0/0.
— 6 hystérectomies pour autres affections.................... 0 mort.
En 1883... 79 hystérectomies pour cancer avec 18 morts = 22.78 0/0.
En 1884... 107 hystérectomies pour cancer avec 27 morts = 25.23 0/0.
En 1885... 69 hystérectomies pour cancer avec 14 morts = 20.28 0/0.
— 4 hystérectomies pour autres affections.................... 1 mort.
En 1886-87. 59 hystérectomies pour cancer avec 15 morts = 25.42 0/0.
— 7 hystérectomies pour autres affections avec............... 1 mort.

La mortalité relativement forte de cette dernière série paraît tenir à une proportion considérable d'opérations pour des cancers dépassant l'utérus, qui sont plus graves comme nous le verrons. Quoi qu'il en soit, il y a un progrès considérable sur la mortalité des premières années. Sara Post a trouvé, pour les opérations antérieures à 1880, 37 0/0, et pour 1881 et 1882 27 0/0 de mortalité.

On a reproché souvent aux statistiques d'ensemble d'être trop favorables, les chirurgiens qui n'ont fait qu'une ou deux opérations terminées par la mort ayant moins de tendance à les publier que ceux qui ont obtenu des guérisons. L'argument tombe à faux pour l'hystérectomie, car la mortalité est moindre dans le tableau statistique d'opérateurs ayant publié plus de 3 hystérectomies et qu'on peut considérer comme donnant leur statistique intégrale.

Ainsi nous trouvons : Baum, 2 morts sur 5 cas ; Billroth, 4 sur 12; Teuffel, 3 sur 5 ; Czerny, 3 sur 8 ; Hahn, 1 sur 5 ; Thiersch, Sänger, 1 sur 4 ; Schatz, 3 sur 10 ; Schröder, 9 sur 34 ; Tauffer, 1 sur 5 ; Olshausen, 7 sur 32 ; Demons, 2 sur 5 ; Duvelius, 1 sur 8 ; Müller, 0 sur 4 ; Bottini, 0 sur 5 ; Staude, 0 sur 17 ; Martin, 18 sur 85 ; Fritsch, 2 sur 23 ; Péan, 3 sur 5 ; Brennecke, 0 sur 21 ; Novaro, 10 sur 20 ; Buttlehner, 1 sur 9 ; Terrier, 2 sur 10 ; Bouilly, 3 sur 11 ; Trélat, 1 sur 4. Au total, 81 morts sur 358 opérations ou 22.62 0/0.

Ce résultat démontre que les chirurgiens qui ont répété un certain nombre de fois cette opération ont plus de chances de succès que les autres, comme cela s'observe pour la plupart des opérations un peu délicates, surtout abdominales.

Malgré le petit nombre de faits publiés, les hystérectomies vaginales faites pour des affections non cancéreuses peuvent être considérées comme moins graves.

Nous trouvons, en effet :

5 opérations pour prolapsus, 7 pour corps fibreux, 1 pour hystéralgie, 2 pour rétroflexion, 2 pour métrite chronique prise pour un cancer.

Sur ces 17 malades, 2 seulement ont succombé, ce qui correspond à une mortalité de 17.64 0/0. Par une malheureuse coïncidence, les deux cas de mort sont précisément ceux dans lesquels l'opération a été faite par suite d'une erreur de diagnostic.

Il est d'un grand intérêt de rechercher la cause de la différence de gravité que présente l'hystérectomie vaginale, suivant qu'on considère les opérations faites pour cancer ou pour une autre indication. La lecture des observations fournit à ce sujet une impression qui est, d'ailleurs, celle des chirurgiens qui ont pratiqué un certain nombre de fois cette opération : ce qui grève la statistique des hystérectomies pour cancer, ce sont les cas dans lesquels la dégénérescence a dépassé l'utérus sur une plus ou moins grande étendue. L'envahissement des ligaments larges est surtout à redouter, celui des culs-de-sac vaginaux crée déjà de mauvaises conditions opératoires pour peu qu'il soit notable; tous deux, en outre, même quand l'ablation semble complète, laissent la malade exposée à une récidive dont souvent le début précède ou suit de près la cicatrisation de la plaie opératoire.

Cette différence de gravité, suivant que la néoplasie a dépassé ou non les limites de l'utérus, est d'autant plus nette que les faits que l'on considère sont plus récents ou appartiennent à des chirurgiens plus habitués à cette opération.

Martin l'a mise en relief de la façon la plus démonstrative, grâce au grand nombre d'opérations (93) qu'il a faites avec son assistant Duvelius, et dont on peut comparer utilement les résultats puisqu'elles ont été pratiquées dans les mêmes conditions de milieu, d'opérateur et de procédé. L'ablation des parties malades a paru complète dans 65 cas, qui ont donné 54 guérisons et 11 morts, soit 16.92 0/0. Sur 28 cas dans lesquels l'extirpation de toutes les parties malades fut impossible, Martin et Duvelius perdirent 9 malades, soit 32 0/0, mortalité presque double de celles des opérations complètes.

M. Bouilly, qui a eu la bienveillance de nous faire part des résultats de son expérience, a fait aussi la même remarque : sur les 11 hystérectomies pour cancer qu'il a pratiquées, deux fois seulement la néoplasie dépassait l'utérus, et on avait pu le reconnaître avant l'opération; ces deux malades sont mortes, l'une par un abondant suintement sanguin provenant des masses cancéreuses laissées en place, et l'autre d'une péritonite consécutive à une petite déchirure de la vessie. Des 9 autres, une seule a succombé, une des premières opérées, par péritonite due à une antisepsie insuffisante.

4 causes de mort, que l'on peut ramener à 3, expliquent l'immense majorité des décès : ce sont, par ordre de fréquence, la péritonite, la septicémie, l'hémorragie et le collapsus.

La septicémie s'accompagne toujours de péritonite dans le cas particulier qui nous occupe, et peut être confondue avec elle au point de vue étiologique et prophylactique comme au point de vue symptomatique. Rarement, en effet, c'est une péritonite à grand fracas qui emporte ces malades; habituellement les symptômes infectieux l'emportent sur les

symptômes inflammatoires : l'expression de septicémie péritonéale paraît le mieux répondre au tableau clinique.

En dehors de cette étiologie franchement septique, la péritonite peut encore se développer sous l'influence d'un suintement sanguin provenant des surfaces de section dans les premières heures qui suivent l'opération. Tout en admettant qu'avec une asepsie parfaite un épanchement sanguin intrapéritonéal ne puisse déterminer aucun accident inflammatoire, on doit le considérer comme un danger sérieux, tout au moins à titre de terrain de culture favorable pour les quelques germes infectieux qui ont pu échapper à l'action des antiseptiques.

L'hémorragie est, en outre, par son abondance même, l'accident le plus redoutable, après la péritonite, de l'hystérectomie vaginale. Quoique l'utérine et même les artères vaginales puissent fournir un jet de sang volumineux, l'hémorragie n'est généralement pas inquiétante au cours même de l'opération : la ligature ou le pincement préventif ou consécutif, le tamponnement, les injections froides en viennent assez facilement à bout. C'est comme accident post-opératoire que l'hémorragie est redoutable, par sa persistance, par l'impossibilité presque absolue de reconnaître et de lier les vaisseaux qui donnent, et par le danger qu'il y a à placer des pinces à l'aveugle au voisinage de l'uretère, qui a été plus d'une fois perforé par ce mécanisme. Sa cause la plus fréquente est l'insuffisance d'une des ligatures en chaîne placées sur les ligaments larges, presque constamment sur le premier lié. C'est une hémorragie primitive retardée.

Nous n'avons pas à parler des hémorragies secondaires, dont l'origine septicémique a été démontrée par les professeurs Verneuil et Trélat. Nous les signalons seulement pour répéter, après ce dernier maître, que l'asepsie de la plaie n'influe pas seulement sur la solidité de l'hémostase, mais aussi sur sa rapidité : autant l'hémostase définitive est facilement et rapidement obtenue dans une plaie aseptique, autant il est illusoire de la poursuivre dans une plaie infectée.

L'asepsie parfaite est donc à la fois une garantie contre la péritonite et contre l'hémorragie, que ne peuvent prévenir avec certitude, sans son appui, les modifications les plus ingénieuses du manuel opératoire. Aussi l'amélioration progressive du pronostic immédiat de l'hystérectomie vaginale paraît-elle surtout sous la dépendance d'une connaissance plus précise des précautions antiseptiques multiples qui permettent de réaliser l'asepsie du champ opératoire et de la plaie, particulièrement difficile à obtenir dans cette région.

Le collapsus et le choc, qui ont amené la mort d'un certain nombre d'opérées, ont ici, comme dans les autres opérations, pour facteurs complexes l'état général, les lésions organiques concomitantes, en particulier du foie et des reins, la longue durée de la chloroformisation et celle des manœuvres opératoires.

L'urémie est notée comme cause de mort dans quelques observations, sans que les uretères aient été envahis et comprimés par le néoplasme utérin : l'hystérectomie a agi, dans ces cas, par voie réflexe, comme peuvent le faire toutes les grandes opérations, surtout celles qui intéressent l'appareil génito-urinaire, et les reins antérieurement altérés n'ont pu reprendre leur fonction momentanément suspendue. Peut-être

cette cause de mort est-elle intervenue dans quelques cas où l'on a signalé des phénomènes nerveux bizarres, et du coma succédant à des convulsions.

Signalons, enfin, les embolies auxquelles Olshausen, Martin et M. Péan attribuent la mort de quatre opérées, et qu'explique la richesse de la région utéro-ovarienne en gros troncs veineux.

Résultats éloignés de l'hystérectomie pour cancer.

L'étude des résultats définitifs de l'opération qui nous occupe offre un intérêt considérable, puisqu'elle seule peut établir sa valeur thérapeutique. Elle est malheureusement beaucoup moins avancée que celle des résultats opératoires, la plupart des observations ayant été publiées très rapidement dans le but d'établir la supériorité de l'hystérectomie vaginale, au point de vue de la mortalité immédiate, sur sa rivale, l'hystérectomie abdominale. De plus, parmi les chirurgiens qui ont indiqué dans des publications ultérieures le résultat de leur pratique, très peu l'ont fait avec une précision suffisante pour que ces renseignements puissent être utilisés dans une statistique. La publication récente de Martin, donnant le résultat de 93 hystérectomies pour cancer suivies pendant plusieurs années, est le document le plus précieux à cet égard.

En joignant cette statistique à la nôtre, nous avons pu réunir 150 cas contenant des renseignements sur l'évolution ultérieure du cancer utérin.

Sur ces 150 cas revus un certain temps après l'opération la récidive a été constaté 71 fois, savoir :

De 0 à 3 mois, 22 fois, par les opérateurs suivants : Billroth (2 cas), Brennecke (4 cas), Duvelius, Lannelongue, Martin (9 cas), Richelot, Staude (2 cas), Tedenat, Teuffel, Tillaux.

De 3 à 6 mois, 20 fois, par J. Bœckel, Bottini, Brennecke (2 cas), Buttlehner, Demons, Kufferath, Mandillon, Martin (8 cas), Pawlik, Schatz, Tédenat, Terrier.

De 6 à 9 mois, 10 fois, par Bull, Buttlehner, Demons, Martin (6 cas), Schatz.

De 9 à 12 mois, 9 fois, par Blundell, Duvelius (2 cas dont une récidive dans le bassin), Martin (2 cas), Récamier, Sänger, Staude, Willets.

De 12 à 18 mois, 8 fois, par Martin (3 cas), Marchand, Olshausen (3 cas), Staude.

Et une fois, *au bout de 4 ans*, par Martin ; la récidive s'est faite dans l'ovaire.

79 fois l'absence de récidive a été constatée.

De 1 à 3 mois, 5 fois, par Claus, Kocher, Martin (3 cas).

De 3 à 6 mois, 8 fois, par Duncan, Gillette, Martin (2 cas), Tauffer (2 cas), Richelot (2 cas).

Chez l'une de ces malades, revue au bout de 3 mois, un bourgeon cancéreux développé pendant la cicatrisation avait été enlevé par une petite opération secondaire.

De 6 à 9 mois, 5 fois, par Bottini, Hennig, Martin (2 cas), Terrier, Trélat.

De 9 à 12 mois, 7 fois, par Claus (2 cas), Mundé, Novaro (3 cas), Tauffer.

De 12 à 23 mois, 19 fois, par Bernays, Brennecke (4 cas), Duvelius (2 cas), Martin (7 cas), Pozzi, Staude, Terrier, Teuffel, Trélat.

De 2 à 3 ans, 23 fois, par Buttlehner, Duvelius (2 cas), Martin (11 cas), Olshausen (4 cas), Schatz, Schröder (2 cas), Veit, Zweifel.

De 3 à 4 ans, 9 fois, par Dudon, Martin (7 cas), Péan.

Enfin Martin a revu 3 opérées au bout de *plus de 4 ans :* uue au bout de 4 ans et 5 mois, une au bout de 5 ans et 5 mois et une au bout de 5 ans et 6 mois.

Cette statistique peut se résumer par le tableau suivant qui représente le bilan des opérées à différentes périodes après l'opération.

Sur 150 *malades revues après leur guérison.*

ÉPOQUE.	MALADES perdues de vue avant récidive.	MALADES mortes ou en récidive.	MALADES revues sans récidive.
3 mois	5	23	122
6 mois	6	20	96
9 mois	5	10	81
12 mois	2	9	70
18 mois	10	8	52
2 ans	14	0	38
3 ans	21	0	17
4 ans	10	1	6

D'après les chiffres précédents, on peut établir approximativement la répartition des survies et des récidives sur 100 opérées. Pour établir cette proportion, nous avons considéré toutes les malades perdues de vue moins d'un an après l'opération comme ayant récidivé immédiatement après le dernier examen qu'elles ont subi. Pour celles dont la période d'observation a dépassé un an, nous avons porté comme récidivées la moitié de celles qui ont été perdues de vue. Les résultats qui suivent doivent donc être considérés comme l'interprétation la plus pessimiste de notre statistique. Comme chiffre de mortalité, nous prenons celui qui résulte de la statistique des deux dernières années.

Sur 100 opérées :

23 succombent à l'opération.
15 récidivent dans les 3 mois } 28, 1er semestre.
13 — de 3 à 6 — }
13 — — 6 à 12 — 13, 2e —
10 — — 1 an à 2 ans 10, 2e année.
26 sont encore bien portantes au bout de 2 ans.

En cherchant quelle quotité pour cent représentent les récidives par rapport au nombre des opérées survivantes au début de chacune de ces périodes, on trouve :

Pour le premier trimestre..........	19. 48	0/0
— le second —	20	0/0
— l'ensemble du premier semestre	36. 36	0/0
— le second semestre...........	26. 53	0/0
— l'ensemble de la première année	53. 24	0/0
— la seconde année.............	27. 77	0/0

En somme, les chances de récidive restent sensiblement égales pendant les deux premiers trimestres, pour décroître graduellement ensuite. Relativement aux récidives de la seconde année, le chiffre que nous donnons n'a pas grande valeur, car il repose sur un trop petit nombre de faits. Il est très probable que la proportion réelle est notablement moindre que celle qui se trouve résulter de nos calculs.

Que conclure de ces faits ?

Ce qui frappe le plus, c'est la grande proportion des récidives du premier semestre et leur égale répartition dans ses deux trimestres. Elle est due pour la plus grande part aux opérations macroscopiquement ou histologiquement incomplètes.

La statistique de Martin est très démonstrative à ce sujet. Sur 45 cas d'ablation complète, dont nous donnerons plus loin le détail à propos du pronostic des diverses variétés de cancer utérin, il a observé 13 récidives dont 6 seulement dans les 6 mois. Sur 21 opérations incomplètes, qui comprennent les cas dans lesquels il ne restait que des lésions ganglionnaires, une malade a été perdue de vue, une n'est opérée que depuis 3 mois, une troisième a récidivé au bout de 9 mois et les 18 autres ont récidivé ou plutôt repullulé dans les 6 mois. En outre, Martin dit expressément que le plus souvent l'opération n'a été suivie d'aucun soulagement et n'a fait disparaître ni les douleurs, ni l'écoulement.

Malheureusement, l'extension qu'a prise le cancer au moment de l'intervention n'est pas le seul facteur de ces récidives rapides, et certaines malades opérées, avec des lésions très limitées, sont reprises plus rapidement que d'autres chez lesquelles l'ablation n'a pas été complète. Tel a été le cas, par exemple, chez la malade de M. Tillaux et chez celles de M. Tédenat, qui ont récidivé au bout de 6 semaines, de 3 mois et de 5 mois. L'âge peu avancé de la malade et la marche rapide du cancer dès son apparition peuvent expliquer quelquefois cette évolution fatale; mais, le plus souvent, les causes probablement complexes qui la déterminent nous échappent absolument. Tous les cancers, du reste, exposent à des déconvenues de ce genre que ne font souvent comprendre ni la forme histologique de la néoplasie, ni son siège anatomique, ni le terrain sur lequel elle évolue.

Il semble actuellement, en attendant qu'un plus grand nombre de faits confirment cette donnée, que la forme la plus à craindre au point de vue de la récidive soit l'épithélioma du museau de tanche qu'on pourrait presque considérer, comme nous l'a dit M. Bouilly, comme une affection de la muqueuse vaginale, plutôt que comme une affection de l'utérus.

Le cancer du corps paraît donner, au point de vue de la survie, d'après

la statistique de Martin, des résultats beaucoup meilleurs que le cancer du col. Ce chirurgien a relevé chez 45 malades suivies au moins un an :

Pour 14 cancers du corps, une seule récidive qui s'est montrée à distance, dans l'ovaire, au bout de 4 ans.

Les 13 survies sans récidive datent :

2 de 21 et 20 mois.
3 — 2 ans 1/2.
4 — 3 — à 3 ans 1/2.
3 — 4 — à 4 — 1/2.
1 — 5 — et 10 mois.

Pour 31 cancers du col, 12 récidives :

6 dans les 6 mois ;
4 de 6 à 12 mois ;
2 après 1 an.

Et 19 survies sans récidives datant :

7 de 14 à 21 mois ;
7 — 2 à 3 ans ;
4 — 3 à 4 ans ;
1 — 5 ans et 5 mois.

Il faut rappeler, pour expliquer ces bons résultats, que cette statistique ne tient pas compte des morts et ne porte que sur les cas dans lesquels les parties malades ont pu être enlevées en totalité. Cette sélection est un peu artificielle, en ce sens qu'elle n'est pas absolument praticable en clinique au point de vue de la détermination opératoire. C'est ainsi, par exemple, qu'on peut tomber, après l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, sur des noyaux cancéreux du péritoine dont aucun symptôme ne faisait prévoir l'existence.

Relativement à leur siège, la grande majorité des récidives sont locales, et la muqueuse vaginale est leur point de départ le plus fréquent. Il est donc logique de chercher à dépasser largement les limites du mal du côté du vagin comme du côté de l'utérus, ainsi que M. Richelot l'a proposé à la Société de chirurgie pour les cas dans lesquels la portion vaginale du col utérin est primitivement ou secondairement envahie par le néoplasme.

Pour que cette résection vaginale ne fasse pas courir de dangers aux uretères, il faut inciser d'abord en avant, comme on le fait aujourd'hui, tout contre l'utérus pour dégager cet organe, et revenir ensuite à la paroi vaginale qu'on dissèque avec soin par sa face profonde et dont on enlève une bande plus ou moins large, avant de détacher l'utérus pour ne pas être gêné par les pinces placées sur les ligaments larges (Richelot).

Les opérations secondaires destinées à l'ablation des récidives ont donné des résultats absolument mauvais dans les quelques cas où elles ont été tentées et paraissent devoir être absolument abandonnées. Il faut distraire de cette proscription la destruction des bourgeons suspects dont on peut surprendre le développement au cours de la cicatrisation, petite intervention sans gravité et qui a paru, dans plusieurs cas, retarder efficacement la récidive.

Notons enfin que, contrairement à l'absence de tout soulagement, observée par Martin à la suite des opérations incomplètes, la plupart des chirurgiens ont trouvé que les récidives qui surviennent au bout d'un certain temps sont notablement moins douloureuses que ne l'est habituellement à ses dernières périodes le cancer utérin abandonné à lui-même ou traité par les opérations palliatives.

Comparaison avec les autres opérations.

En nous en tenant aux résultats bruts de la statistique précédente et en considérant, comme on l'admet pour le cancer du sein, les opérées qui ont survécu 3 ans comme définitivement guéries (fait discutable mais que nous acceptons pour établir une base commune de comparaison), l'hystérectomie vaginale pour cancer donne :

Mortalité opératoire... 24.47 0/0.
Guérison définitive sur 100 survivantes... 16.
Guérison définitive sur 100 opérées........ 13.

Ces résultats suffisent à établir la supériorité de cette opération sur toutes celles qui ont été dirigées contre le cancer utérin.

L'opération de Freund avec sa mortalité de 71.73 0/0 sans que, d'après Hegar, on ait pu constater une seule guérison éloignée, ne doit être citée que pour mémoire et est absolument condamnée comme opération de choix, sous réserve des cas où elle constitue la seule ressource.

L'amputation supra-vaginale du corps, de Schröder, donne une mortalité plus grande, 28.5 0/0, mais des résultats définitifs meilleurs en apparence, 14.4 guérisons sur 100 opérées. Il suffit de se reporter au chapitre précédent pour voir que l'opération de Récamier donne une proportion de récidives infiniment moindre quand on ne considère que les cas de cancer du corps.

Les résultats de l'amputation supra-vaginale du col, de Schröder, se rapprochent beaucoup de ceux de l'hystérectomie vaginale, si l'on ne tient compte que de la statistique de son promoteur qui a obtenu :

Mortalité opératoire... 12 0/0.
Guérison définitive sur 100 opérées... 10.56.

Mais cette faible mortalité, qui compense la moindre efficacité de la méthode, ne se retrouve pas dans la pratique de tous les chirurgiens qui l'ont imité, et Martin déclare que l'opération de Schröder lui a donné de plus mauvais résultats, tant immédiats que définitifs, que l'hystérectomie vaginale.

L'amputation classique sous-vaginale du col se prête mal à une comparaison statistique à cause des nombreux procédés qui réussissent presque tous à la rendre peu meurtrière sans qu'aucun parvienne à la rendre efficace contre les récidives. La statistique de Braun (*Pawlik, Wiener Klinik*, 1882) basée sur 136 amputations du col au galvano-cautère, donne une idée assez exacte de ses résultats :

Mortalité opératoire... 7 0/0.
Guérison définitive sur 100 opérées... 6.5.

Cette rapide comparaison montre que les hystérotomies partielles

rachètent leur bénignité relative par l'absence de tout résultat définitif satisfaisant; le dernier mot dans ce sens appartient aux petites opérations palliatives : grattages, nettoyages, cautérisations, que M. le professeur Trélat réunit sous le nom de « pansements », et qui fournissent une amélioration locale et générale passagère, au prix d'un minimum de risques opératoires.

Faut-il donc renoncer aux opérations partielles d'une façon définitive en faveur de l'hystérectomie vaginale, ou reconnaître à chaque méthode des indications différentes ? Il est peut-être un peu tôt pour se prononcer d'une façon définitive à cet égard, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Comparée aux autres opérations pour cancer, l'hystérectomie vaginale tient un bon rang par ses résultats définitifs malgré sa mortalité élevée.

L'amputation du sein, en comprenant les cas d'ouverture de la cavité axillaire, est moins grave, puisque sa mortalité n'est que d'environ 15 0/0 d'après Valude (*Thèse,* Paris, 1885); néanmoins, elle ne donne que 10 0/0 de guérisons radicales, soit 9 sur 100 opérées. La statistique de Volkmann (Hofmeier, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1884) est plus favorable et n'accuse qu'une mortalité de 7. 63 0/0 avec 13 guérisons sur 100 opérées.

Les opérations de cancer dans leur ensemble ont donné à Billroth (Hofmeier, *loc. cit.*) 23 0/0 de guérisons définitives ; l'ablation de la langue lui en a donné 17 0/0, chiffre qui paraît élevé si l'on se reporte à la discussion récente de la Société de chirurgie, où l'on constatait la très grande rareté des cas de ce genre qui échappaient à la récidive. Enfin l'ablation du rectum cancéreux a donné à Rose (Hofmeier, *loc. cit.*) 12. 4 0/0 de guérisons définitives.

Telle que nous venons de l'exposer, l'hystérectomie vaginale est donc une opération que l'on peut opposer avec avantage au cancer utérin, et sa gravité n'est pas hors de proportion avec ses résultats éloignés.

Mais ce que les chiffres ne peuvent dire, c'est que c'est une opération encore en voie d'amélioration et que ses résultats, tant immédiats que définitifs, deviendront meilleurs avec les progrès de la technique de l'opération elle-même et des précautions antiseptiques qui doivent la précéder, l'accompagner et la suivre, et surtout avec la détermination plus précise de ses indications et de ses contre-indications.

Indications et contre-indications.

Il est impossible de poser encore aujourd'hui d'une façon précise les limites de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin. Il nous semble cependant que les documents actuels permettent de considérer comme définitivement acquise la solution d'un certain nombre de points de ce problème et de limiter ceux sur lesquels on ne peut encore se prononcer. Le plus important de ces documents est le travail déjà plusieurs fois cité de Martin, qui contient, en même temps que la série opératoire de beaucoup la plus considérable, le plus grand nombre des cas revus plusieurs années après l'opération.

Nous diviserons les cas en trois catégories, suivant que l'hystérectomie vaginale est formellement indiquée, contre-indiquée, ou qu'elle est discutable.

L'hystérectomie vaginale est formellement indiquée dans les cancers du corps et dans les cancers intra-cervicaux, débutant dans la cavité du col, *tant que les limites de l'utérus ne sont pas atteintes par la néoplasie.*

Dans les *cancers du corps*, opérés dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale donne des résultats opératoires un peu meilleurs que l'amputation supra-vaginale et des résultats définitifs bien supérieurs, sans qu'on puisse compter sur un aussi beau résultat que celui qu'a fourni à Martin sa série heureuse de 13 guérisons durables avec une seule récidive.

Le véritable écueil est la grande difficulté de diagnostic que présente souvent à son début le cancer du corps, comme le prouvent les quelques cas de métrites chroniques opérées pour des cancers. Nous n'avons pas à entrer ici dans la discussion de ce diagnostic délicat que ne suffisent pas toujours à trancher la dilatation du col et l'examen histologique des produits du grattage de la muqueuse.

Les *cancers de la cavité cervicale* sont plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois, et paraissent donner, au point de vue de la récidive, de meilleurs résultats que les cancers de la portion vaginale après l'hystérectomie, contrairement à ce qui a lieu après l'amputation supra-vaginale du col, qui souvent ne dépasse pas assez largement leur limite.

Faciles à reconnaître quand ils ne font qu'affleurer l'orifice du museau de tanche, ils sont facilement confondus avec les cancers débutant sur la portion vaginale du col, quand cette dernière est assez largement envahie. La distinction entre ces deux variétés de cancer du col n'a pas été indiquée dans un nombre de cas assez grand pour qu'on puisse établir avec une approximation suffisante la proportion respective des récidives. Aussi, leur moindre fréquence dans les cas de cancers intra-cervicaux est-elle plutôt une « impression » qu'un fait établi, impression qui résulte des faits énoncés par plusieurs opérateurs, mais qui n'a guère été formulée que par Duncan.

A côté de ces indications que nous considérons comme bien établies, il faut placer des contre-indications non moins absolues, les cancers propagés dont l'ablation complète est certainement impossible, et les cancers du corps ou du col qui ont envahi les ligaments larges, même quand on croit pouvoir faire porter la section sur des tissus sains.

Pour les *cancers à propagation inaccessible*, ganglionnaire ou autre, on a fait, plus ou moins de parti pris, des « hystérectomies palliatives », qui tantôt ont donné un soulagement passager (Richelot), plus souvent (Martin) n'ont produit aucun arrêt dans l'évolution des symptômes douloureux. En tout cas ces opérations, pour un bénéfice bien moindre, font courir à l'opérée beaucoup plus de dangers; l'hémostase est plus difficile, parfois impossible à obtenir, la septicémie et la péritonite sont plus fréquentes, et outre la blessure des uretères ou de la vessie pendant l'opération, outre leur compression entre les mors des pinces à demeure, on est exposé aux accidents urémiques que préparent les lésions rénales consécutives à la compression des uretères dont on connaît la fréquence aux dernières périodes du cancer utérin.

Quelques-uns de ces dangers opératoires se retrouvent dans les *cancers propagés aux ligaments larges dont l'ablation complète semble possible*, mais qui s'accompagnent toujours en réalité de lésions lymphatiques et ganglionnaires inaccessibles, qu'une prompte récidive vient

mettre en évidence, quand on ne les a pas constatées au cours de l'opération. Ici encore l'augmentation des dangers opératoires pour un bénéfice moindre doit faire rejeter cette intervention.

Il est vrai qu'on peut être surpris au cours de l'hystérectomie en constatant des lésions dont on n'avait pas reconnu l'étendue, et c'est précisément la possibilité de ces surprises qui rend les indications opératoires si délicates à saisir. Mais il faut reconnaître que les insuccès survenus dans ces conditions doivent être mis sur le compte non de l'opération, mais de l'opérateur, quelque excusable que puisse être son erreur en raison des difficultés des cas particuliers.

Dans une troisième catégorie de cas, enfin, on peut encore discuter l'opportunité de l'hystérectomie : cette catégorie comprend les cancers très limités et superficiels du museau de tanche et les cancers du col envahissant un cul-de-sac vaginal sur une petite étendue. Nous ne parlons pas des cas dans lesquels l'utérus ne peut être abaissé ; cette contre-indication, d'abord considérée comme formelle, a disparu devant les progrès du manuel opératoire. Ces cas restent seulement, quand ils sont sur les limites de l'intervention, d'une détermination beaucoup plus difficile au point de vue de l'étendue de la néoplasie.

Pour les *cancers superficiels et très limités du museau de tanche*, la question est très délicate et ne peut être que posée actuellement. Ces cas ont d'abord paru les plus favorables au succès de l'hystérectomie vaginale et sont encore considérés comme tels par beaucoup de chirurgiens : en effet, les difficultés et partant les dangers opératoires atteignent ici leur minimum comme nous l'avons établi plus haut, et ce n'est que l'étude des résultats définitifs qui montre l'infériorité relative de l'ablation totale dans ces conditions, et la tendance à la récidive dans la cicatrice de cette lésion qui se comporte comme une affection de la muqueuse vaginale, plutôt que comme une affection de l'utérus. Dès lors, il paraît peu logique de remonter si loin du côté de l'utérus en restant si près du côté du vagin.

Cette question ne pourra être jugée qu'avec un nombre de faits suffisant pour établir quelles sont *dans les conditions spéciales dont nous parlons :* 1° la proportion de mortalité opératoire et de récidives de l'hystérectomie vaginale combinée à la résection du vagin, proposée par Richelot ; 2° la proportion de mortalité et de récidives de l'amputation supra-vaginale du col également combinée à la résection du vagin. La gravité de cette opération est en effet très diversement appréciée ; il est probable qu'appliquée à des lésions cancéreuses très limitées, elle doit se rapprocher de la bénignité qu'elle présente dans les cas d'hypertrophie supravaginale du col (opération d'Huguier). Quant à la simple amputation sous-vaginale, elle paraît incapable de donner des résultats définitifs en proportion notable et doit être réservée, à titre palliatif, aux cas dans lesquels une opération plus sérieuse est contre-indiquée pour une raison quelconque.

L'envahissement même très limité du vagin est bien près d'être considéré comme une contre-indication absolue à l'hystérectomie et doit faire craindre en tout cas une récidive rapide, même quand il se produit sous les yeux du chirurgien pendant la période de préparation. En effet, quand il n'est pas la conséquence d'un cancer intra-cervical avancé, avec enva-

hissement du tissu cellulaire voisin et des lymphatiques, il résulte de la « forme vaginale » du cancer utérin qui même à ses débuts, comme nous venons de le voir, est peu favorable au succès de l'hystérectomie vaginale. En outre, pour peu que cet envahissement soit étendu, il augmente les difficultés opératoires et expose davantage à la blessure de la vessie et des uretères.

Si l'établissement théorique des indications opératoires que nous venons d'esquisser présente encore certaines obscurités que l'expérience permettra d'éclaircir, la détermination clinique de la catégorie à laquelle appartient chaque malade restera toujours difficile dans un grand nombre de cas. C'est d'un diagnostic exact, précis et complet que dépend le choix judicieux des cas opérables, et souvent le chirurgien aura besoin de toute sa sagacité et de toute sa patience pour l'établir. Aussi faut-il répéter avec Kraussold que l'appréciation de l'indication opératoire est souvent aussi délicate que l'opération elle-même.

En ne l'appliquant qu'aux cas favorables on diminuera sa gravité immédiate en même temps qu'on améliorera ses résultats définitifs.

Nous ne pouvons qu'indiquer les applications de l'hystérectomie vaginale au traitement des affections non cancéreuses, corps fibreux, prolapsus irréductibles, déviations irréductibles et douloureuses, et hystéralgie.

Ce sont les corps fibreux qui semblent destinés à devenir sa principale indication sous l'influence des travaux de M. Péan qui préconise leur ablation par la voie vaginale, au besoin après évidement, avec ou sans ablation concomitante de l'utérus, suivant leur volume, leur nombre et leur situation. MM. Terrier, Richelot et von Teuffel ont également fait avec succès des hystérectomies vaginales pour corps fibreux.

Manuel opératoire.

Nous n'avons nullement l'intention d'exposer et de discuter les nombreux procédés et sous-procédés opératoires qu'a fait éclore l'hystérectomie vaginale et c'est à une plume plus autorisée que la nôtre qu'il appartient de faire sortir de ce chaos des règles précises. Nous ne nous attacherons pas non plus à décrire minutieusement chaque temps de l'opération avec les accidents qui peuvent venir le compliquer, cette description se trouvant déjà répétée dans un grand nombre de monographies. Nous nous bornerons à en établir les grandes lignes en indiquant à propos de ses divers temps les principaux procédés qui s'y rattachent.

Du reste aucun des procédés actuellement employés ne présente sur les autres de différence fondamentale et il n'en est pas un qui affirme sa supériorité par une diminution éclatante de la mortalité opératoire. Aussi, tout en reconnaissant ce que quelques-uns d'entre eux ont fait gagner à l'hystérectomie en célérité et en simplicité, nous croyons pouvoir dire que la gravité de l'opération est moins sous la dépendance du choix du procédé que du plus ou moins de rigueur des précautions antiseptiques. Il convient aussi d'attribuer une influence importante à l'habitude que peut avoir l'opérateur de l'hystérectomie vaginale ou de la chirurgie abdominale.

On peut décrire à l'hystérectomie vaginale 5 temps : 1° Antisepsie

préalable ; 2° Libération du col de l'utérus ; 3° Hémostase et section des ligaments larges ; 4° Traitement de la plaie, et 5° Pansement.

C'est avec intention que nous faisons de l'*antisepsie préalable* un temps de l'opération, pour bien faire ressortir son importance. Elle comprend, outre les précautions habituelles de propreté générale, des injections vaginales de sublimé ou de biiodure faites pendant 5 ou 6 jours et suivies, 48 heures avant l'opération, d'un tamponnement iodoformé ; elle suppose la suppression de tout phénomène inflammatoire du côté de la muqueuse vaginale, et comporte enfin quelquefois une opération préliminaire, l'ablation des bourgeons fongueux qui, quand ils sont trop volumineux, gênent les manœuvres et exposent à une auto-infection de la plaie.

Ajoutons à ce propos que l'on ne doit pas se départir de précautions antiseptiques sévères au cours de l'opération. Les lavages fréquents et abondants du champ opératoire sont particulièrement recommandables.

La *libération du col de l'utérus*, précédée au besoin de la dilatation extemporanée du vagin, marque le début de l'opération proprement dite. Pour faciliter la dissection, la plupart des chirurgiens conseillent d'abaisser l'utérus quand on peut le faire sans violence.

Pour permettre cet abaissement quand le col offre une mauvaise prise, on a imaginé divers instruments destinés à s'ouvrir dans la cavité utérine et dont les plus connus sont la tige à renflement de Récamier, la pince à érignes de Chassaignac et l'endoceps de Bernays. Ces instruments n'ont pas rendu les services qu'en attendaient leurs inventeurs et sont généralement abandonnés pour la pince de Museux simple ou modifiée dans sa résistance et son mode d'arrêt (Demons), qu'on fait mordre au besoin sur l'utérus au-dessus de l'insertion vaginale. M. Péan s'assure une double prise en faisant une incision transversale qui divise le col en deux moitiés sur chacune desquelles il place une pince, procédé qui suppose au col une certaine résistance et que le chirurgien de Saint-Louis a surtout appliqué du reste à l'hystérectomie pour corps fibreux.

Quelques opérateurs, comme Martin et Thiersch, repoussent toute tentative d'abaissement et opèrent *in situ* de parti pris. Mieux vaut les imiter et prendre des instruments à long manche que de s'acharner à faire descendre de vive force un utérus qui résiste à des tractions modérées.

Que l'utérus soit abaissé ou non, la libération du col, surtout en avant, est un des temps les plus délicats de l'hystérectomie, à cause de la proximité de la vessie, qui doit avoir été vidée au début de l'opération, et de la portion terminale des uretères. Elle consiste dans l'incision circulaire de la muqueuse vaginale, tout près du col, et dans la recherche et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur et du postérieur qu'il est prudent de faire surtout avec le doigt, en décollant plutôt qu'en incisant. La plupart des chirurgiens incisent immédiatement ces deux culs-de-sac et il ne paraît pas y avoir grand avantage à ménager le postérieur, qui est le plus facile à atteindre, pour le diviser de haut en bas après renversement de l'utérus, comme le recommande M. Demons. Nous avons dit plus haut que M. Richelot avait proposé la résection d'une certaine étendue de muqueuse vaginale dans les cas de cancer occupant le museau de tanche.

Il reste, pour détacher complètement l'utérus, à *diviser les ligaments larges*, temps capital de l'opération, à propos duquel l'ingéniosité des chirurgiens s'est donné carrière sur la manière d'assurer l'hémostase. Personne en effet ne voudrait aujourd'hui renouveler l'imprudence des anciens opérateurs, Blundell, Sauter et Hennig, qui, plus heureux que sages, ont sectionné les ligaments larges tout contre l'utérus sans faire de ligatures et n'ont pas eu à s'en repentir.

L'incision franche, en liant isolément les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, n'est pas entrée dans la pratique, même en y joignant la ligature préventive de l'utérine qui tarit la principale source de l'hémorragie. Cushing a imaginé pour faire cette ligature avant toute incision une aiguille dont la construction est basée sur les rapports de cette artère avec les culs de sac latéraux du vagin ; mais ces rapports n'ont pas une précision suffisante pour qu'on soit sûr de toujours comprendre l'artère dans une ligature ainsi placée à l'aveugle. Mieux vaudrait inciser les culs-de-sac latéraux largement et faire cette ligature à ciel ouvert comme le recommande von Herff. Ces ligatures isolées ne sont pas acceptées à cause du grand danger que l'application de pinces à forcipressure à cette profondeur fait courir à la vessie et surtout aux uretères dont la lésion a été plusieurs fois observée dans ces conditions.

C'est la ligature préventive de toute la hauteur des ligaments larges, proposée par Récamier, qui a rallié la grande majorité des opérateurs.

Les uns étreignent tout le ligament large dans une seule ligature : Thiersch fixe ses fils sur une bobine d'ivoire, Wallace et Olshausen placent une ligature élastique, que ce dernier remplace après l'ablation de l'utérus par une suture en chaîne.

La plupart emploient, comme pour les pédicules d'ovariotomie, des ligatures enchaînées à la soie ou au catgut (Demons), en général au nombre de trois pour chaque ligament large.

Ces ligatures sont relativement faciles à placer sur le second ligament large, alors que l'utérus détaché du côté opposé pend à la vulve, mais malgré l'emploi d'instruments spéciaux comme le porte-fil de M. Le Dentu, elles sont très difficiles à placer, et surtout à serrer sur le premier ligament, quand l'utérus est en place, notamment quand on n'a pu l'abaisser suffisamment. En outre, ce ligament tendu par les tentatives d'abaissement change de consistance et de forme quand il est séparé de l'utérus et les ligatures qui l'étreignaient deviennent insuffisantes. Ce ne sont pas là des considérations théoriques : l'hémorragie est une des principales causes de mort après l'hystérectomie et, dans la majorité des observations où son point de départ est signalé, elle avait sa source dans le premier ligament large lié.

On a essayé de rendre ce temps important plus facile en renversant l'utérus tantôt en avant (Kocks, Demons), tantôt en arrière (Schröder, Martin). Ce renversement est obtenu soit en accrochant le fond de l'organe avec deux doigts, soit avec une érigne, soit à l'aide d'un mandrin introduit dans sa cavité (Martin). Il paraît, dans un certain nombre de cas difficile ou impossible à obtenir, même quand, avant de le tenter, on a, suivant l'excellent conseil de Schröder, lié et sectionné le tiers inférieur des deux ligaments larges, et il faut y renoncer absolument toutes les fois qu'il nécessite la moindre violence ou des manipulations prolongées

dans la cavité pelvienne. Quand on l'obtient sans effort, ce renversement facilite sans aucun doute la pose des ligatures, mais on lui reproche de produire une torsion des tissus qui facilite le glissement des fils.

Pour parer aux difficultés et aux dangers de la ligature du premier ligament large, Müller a imaginé un ingénieux artifice qui les rend tous deux également relâchés et d'un abord aussi facile que l'est le second après le détachement unilatéral de l'utérus. Ce chirurgien, après avoir libéré l'utérus en avant et en arrière, le fend verticalement dans toute sa hauteur sur la ligne médiane, et fait avec la même facilité la ligature des deux ligaments larges pendant qu'un aide comprime l'aorte abdominale pour modérer l'hémorragie, d'ailleurs peu abondante, qui se fait par les surfaces de section.

On arrive à peu près au même résultat, plus simplement et plus vite, par l'emploi de longues pinces à pression embrassant les ligaments larges, réalisant une hémostase provisoire parfaite et permettant de placer les ligatures définitives avec la même facilité sur l'un et l'autre ligament large après l'ablation de l'utérus. Ce n'est là qu'une application particulière de la méthode de pincement préventif des vaisseaux dont M. Péan s'est fait depuis longtemps le promoteur et qu'il a utilisée le premier pour l'hystérectomie vaginale.

Malgré les facilités que donne cette méthode, il est quelquefois difficile ou même impossible, pour des raisons diverses, de remplacer les pinces par des ligatures, et MM. Péan, Terrier et Jennings ont dû, chacun dans un cas, en laisser malgré eux une ou plusieurs à demeure.

A M. Richelot appartient l'idée d'avoir fait de ce procédé de nécessité un procédé de choix, d'avoir proscrit toutes les ligatures et de les avoir remplacées par des pinces de modèles appropriés et en nombre suffisant qu'on laisse en place 24 à 48 heures. L'opération se trouve ainsi abrégée et les manœuvres intrapéritonéales sont réduites à leur minimum.

L'expérience dira si cette simplification n'est pas compensée par des inconvénients particuliers, si par exemple la pression des extrémités des pinces ne peut pas déterminer quelquefois le sphacèle de la vessie, des uretères et du rectum, et si ce procédé doit être appliqué à tous les cas d'hystérectomie vaginale ou à ceux d'entre eux seulement qui présentent quelque difficulté spéciale.

Le *traitement de la plaie* qui résulte de l'hystérectomie comprend aussi un assez grand nombre de procédés relatifs à la suture du péritoine, à celle de la plaie sus-vaginale et au drainage. Sara Post, qui étudie à l'aide des statistiques ces divers procédés, conclut en faveur de l'absence d'occlusion du vagin et du péritoine. Le meilleur procédé lui paraît celui de Schatz et de von Teuffel qui suturent les bords du péritoine à ceux de la muqueuse vaginale, isolant ainsi toutes les surfaces cruentées ; sur 93 cas traités de cette façon, la mortalité n'a été que de 18 0/0.

Nous ne croyons pas que ce procédé compliqué ait été employé en France, non plus que celui qui consiste à comprendre les moignons des ligaments larges entre les lèvres de la muqueuse vaginale suturée.

La manière de faire la plus usitée aujourd'hui paraît être la réunion antéro-postérieure du milieu de la plaie vaginale par quelques points de suture et l'établissement de deux drains latéraux qui sont assez rapidement enlevés et ne pénètrent pas dans la cavité péritonéale. Les chirur-

giens qui laissent les pinces à demeure ne font ni suture ni drainage, comptant que l'écoulement des liquides pourra se faire le long de celles-ci.

Pour le *pansement*, la supériorité de la gaze iodoformée est à peu près généralement reconnue. Après avoir nettoyé la plaie avec des éponges montées sans faire d'irrigation abondante qui pourrait passer dans la cavité péritonéale, on remplit le vagin autour des pinces ou des drains de tampons modérément serrés de gaze iodoformée et l'on ferme le pansement avec de la ouate hydrophile. M. Richelot conseille, tout en retirant les pinces ou les drains quand on le juge convenable, de ne pas toucher aux tampons profonds avant le cinquième ou sixième jour. Jusque-là, il faut se borner à changer le tampon le plus superficiel et à faire des lavages discrets au sublimé à l'entrée du vagin. Après l'ablation des tampons profonds, on fait très doucement des irrigations vaginales quotidiennes en plaçant mollement dans leur intervalle un tampon iodoformé à l'orifice du vagin.

Il est à peine besoin de dire que ces pansements réclament les mêmes précautions rigoureuses que l'opération elle-même pour ne pas devenir l'occasion d'une inoculation septique.

Sans vouloir entrer dans le détail des suites opératoires et des soins que nécessitent ces malades jusqu'à leur guérison, nous nous bornerons à signaler la remarquable simplicité de ces suites dans les cas favorables, où la température ne dépasse pas 38°, sauf parfois dans la journée qui suit l'ablation des pinces, et où l'opérée est en franche convalescence dès la fin de la première semaine.

Nota. — Depuis la composition de cet article, il nous est parvenu des renseignements sur 4 des cas qui composent notre statistique, ce qui porterait à 154 le nombre des opérées revues : M. Richelot a constaté l'absence de récidive dans 2 cas au bout de 5 et 9 mois, M. Terrier dans 1 cas au bout de 7 mois. Chez une autre opérée, ce chirurgien a constaté un début de récidive 4 mois après l'hystérectomie.

Nous avons eu connaissance de 10 autres hystérectomies ayant donné 3 morts et 7 guérisons : 3 de ces dernières malades n'ont pas été revues, une a récidivé au bout de 2 mois (Lanelongue, de Bordeaux), et chez les 3 dernières la guérison persistait au bout de 4 mois (Richelot), 9 mois (Lanelongue) et 2 ans (Demons). M. H.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1886.

A

Abcès. — Etiologie des abcès froids, par GARRÉ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 581.) — De l'étiologie des suppurations aiguës et du rôle des microbes dans ces processus, par D. KRANZFELD. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Incision, exploration digitale et drainage des abcès lombaires, par ED. ANDREWS. (*Jour. of Amer. med. Assoc.*, 23 oct., p. 449.) — Le traitement des abcès pelviens, chez la femme, par l'incision et le drainage, par MUNDÉ. (*Amer. Journ. of obst.*, fév.)

Abdomen. — Sur la puissance et l'action des muscles produisant la pression abdominale, par LAWRENTJEFF. (*Arch. f. path. Anat. Band C, Heft* 3.) — Sur l'ascite, par PAUL CHÉRON. (*Union médicale*, 7-9 décembre.) — De la cellulite pelvienne, par ADDIS ÉMMET. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 oct., p. 436.) — La cellulite pelvienne, par J.-R. GOFFE. (*New York med. Journ.*, 9 oct.) — Des contusions de l'abdomen, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 7 déc.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de revolver, lésion de l'intestin, suture, mort, par TRÉLAT. (*Semaine méd.*, 22 déc.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par couteau, suivie de guérison, par STEIGER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er nov.) — Blessure de l'abdomen par coup de pistolet. Résection de l'intestin grêle, mort, autopsie, par SEYMOUR. (*New York med. Journ.*, 21 août.) — Kyste lymphatique du ventre, laparotomie, par BRAMANN. (*Cent. f. Chir.*, n° 44.) — Laparotomie pour un kyste du conduit omphalo-mésentérique, par SCHAARD. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juillet.) — Ablation d'un sarcome de la paroi abdominale antérieure: Guérison, par HOWARD A. KELLY. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 11 déc.)

Accouchement. — Manuel d'obstétrique, par KING. (*Philadelphie.*) — Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier pendant l'année scolaire, 1885-86, par GUINIER. (*Montpellier méd.*, janvier 1887.) — Art des accouchements et science obstétricale, par FOCHIER. (*La province méd.*, 18 déc.) — Des moyens d'exploration en obstétrique, par PAJOT. (*Gaz. des hôp.*, 23 déc.)—De l'antisepsie en obstétrique, par BOKELMANN. (*Berl. klin. Woch.* p. 711, 11 octobre.) — Pression sanguine avant et après l'accouchement' par COHNSTEIN. (*Berl. klin. Woch.*, p. 751, 25 octobre.) — Physiologie de la période de délivrance, par SCHATZ. (*Ibid.*, p. 710, 11 octobre.) — De la suppression de la douleur dans les accouchements par des applications locales de chlorhydrate de cocaïne, par JEANNEL. (*Montpellier médic.*, juin.) — De l'expression appliquée à la tête dernière, par C. RICHTER. (*Berlin.*

klin. Woch., 2 août.) — Deux représentations simultanées, par les extrémités céphalique et pelvienne, par G. Bachmann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er décembre.) — Considérations théoriques et cliniques sur les présentations du siège, par Hamon de Fresnay. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juillet-août.) — Du mode de production et du traitement des présentations par déflection, par Bayer (*Samml. klin. Vortrage*, 20 août.) — Le dégagement par la main de la tête dernière dans les cas de bassin étroit, par A. Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 661, 4 octobre.) — Du mouvement de rotation interne dans les présentations de l'extrémité céphalique, par Inverardi. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juin.) — Méthode de Krause et cathéter électrique pour provoquer le travail de l'accouchement, par Bossi. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, août.) — De la valeur de l'accouchement provoqué dans les maladies internes, par Loehlein. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Accouchement prématuré; rétention du placenta; laparotomie. Amputation de l'utérus; guérison, par B. S. Schultze. (*Berlin. klin. Woch.* p. 751, 25 octobre.) — Anurie consécutive au travail de l'accouchement, par William. (*Lancet*, 7 août.) — Traitement des hernies du cordon, par Olshausen. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 3.) — Travail entravé par un cordon artificiellement raccourci, par Kales. *Americ. journ. of obst.*, déc.) — De l'accouchement dans les cas de fœtus thoracopages, par Herrgott. (*Ann. de gynéc.* déc.) — Deux cas d'accouchement compliqué de fibromes utérins, remarques, par W.-E. Broadman. (*Boston med. Journ.*, 23 décembre.) — Polypes fibreux compliquant l'accouchement, par J. Halliday Croom. (*Edinb. med. Journ.*, p. 289.) — De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes, par L. Dumas. (*Montp. méd.*, décembre.) — Essais du forceps de Tarnier, par Krukenberg. (*Arch. f. Gynæk.*, XXVIII, Heft 1.) — Contribution à l'étude de l'action compressive du forceps, par Acconci. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet.) — Insertion partielle du placenta sur le col, par W. D. Bidwall. (*Boston med. Journ.*, 21 octobre.) — De la cranioclasie et de ses méthodes, par A. Floystrup. (*Nord. med. Arkiv*, n° 18.) — Obs. de dystocie par spondylizème, par Grynfeltt. (*Assoc. française, congrès de Nancy.*) — Dystocie par formation d'un cercle de contraction dans le segment supérieur de l'utérus, par Lewis. (*Amer. Journ. of Obst.*, janv.) — La morale de l'avortement, comme méthode de traitement, par J.-E. Kelly. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 novembre, p. 505.) — De l'avortement criminel, par J. Veit. (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, p. 909.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose chez l'homme, par O'Neill (*Lancet*, 21 août.) — Un cas d'actinomycose, par J. Ochsner. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 27 nov.) — De l'actinomycose chez l'homme, par Moosbrugger, (*Tubingue et Cent. f. Chir.*, n° 52.) — De l'actinomycose, revue. (*La Riforma med.*, 16 oct.)

Addison (Mal. d'). — Deux cas de maladie d'Addison, l'un avec urobilinurie ; autopsies par Ernst Kummer. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er et 15 août.) — Les bacilles de Koch dans les capsules surrénales pendant la maladie d'Addison, par Goldenblum. (*Vratch*, n° 11, p. 198, 1885.)

Aérothérapie. — Les inhalations d'air froid chez les fébricitants, par J. Woïtkiévitch. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Relations cliniques sur les cas traités dans le cabinet pneumatique, par H.-F. Williams. (*New York med. Journ.*, 11 sept.)

Ainhum. — Histologie de l'Ainhum, par Eyler. (*Lancet*, 25 septembre.)

Air. — Des poussières atmosphériques, par Renk. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 735, 18 octobre.)

Albuminurie. — Mode de production de l'albuminurie dite fonctionnelle, par Ralfe. (*Lancet*, 23 octobre.) — Note sur l'albuminurie cyclique ou périodique, par Sidney Coupland. (*The Lancet*, 10 juillet.) — De l'albuminurie cyclique, par Klemperer. (*Zeit. f. klin. med.*, XII, 1 et 2.) — Deux cas d'albuminurie intermittente, par Eduard Bull. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 18 octobre.) — Hydropisie et albuminurie liées au genre de vie chez des gens non malades, par Hartmann. (*Ibid.*, 13 septembre.) — Des diverses formes de l'albuminurie gravidique, par Maguire. (*Lancet*, 18 sept.) — De l'usage des œufs par les albuminuriques, par A. Mayor. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 704 et 705.)

Alcool. — De l'administration de l'alcool dans la fièvre, par Collie. (*The Practitioner*, nov.)

Alcoolisme. — De la dégustation des vins en Bourgogne dans ses rapports avec l'alcoolisme professionnel, par Marandon de Montyel. (*Annales méd. psych.* janv. 1887.) — Observations sur la descendance des alcooliques, par Boursout. (*Annales méd. psych.*, nov.) — Leçon clinique sur un cas de paraplégie alcoolique, par Saundby. (*Lancet*, 7 août.) — Traitement de la dipsomanie, par N. Popoff. (*Wratch*, n° 10.) — De l'éthéromanie, par Beluze. (*Annales d'hyg.*, XVI, 539.) — Du phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques, auto-traumatisme et auto-infection, par Lardier. (*Assoc. franc. Congrès de Nancy.*)

Aliénation. — Les militaires aliénés à l'asile de Marseille, par Aubin (*Thèse de Montpellier.*) — L'asile d'aliénés de Bâle, par L. Wille. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er décembre.) — La prétendue augmentation des affections mentales en Angleterre, par Hack Tuke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 394, 20 décembre.) — Nouvelle forme de trouble mental, par Meschede. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 893, 20 décembre.) — Proposition d'une statistique internationale sur les maladies mentales, par Verga. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 241.) — Hallucinations par suggestion chez un fou, par Raggi. (*Ibid.*, XII, 3, p. 231.) — La paranoia secondaire, par Tonnini. (*Ibid.*, XII, 3, p. 230.) — Folie morale et épilepsie, par Lombroso. (*Ibid.*, XII, 3, p. 228.) — Des symptômes les plus sûrs de diagnostic de la manie transitoire, par Venturi. (*Ibid.*, XII, 3, p. 228.) — Folie morale consécutive à la manie, par Brajon. (*Ibid.*, XII, 3, p. 227.) — Sur la folie morale, par Verga. (*Ibid.*, XII, 3, p. 226.) — Fous et homicides, par Lombrozzo et Albertotti. (*Arch. di psichiatria*, VII, n° 5.) — Un mégalomoniaque en prison, par Lattes. (*Ibid.*) — Un cas de folie chez les enfants, par Stura. (*Ibid.*) — Diagnostic de la folie transitoire, par Venturi. (*Ibid.*) — Un cas de délire de persécution, par Zucarelli. (*Ibid.*, VII, n° 5.) — Anesthésie générale et sensorielle complète de la tête, des mains et des pieds chez un aliéné, par Thomsen. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Paralysie générale ou folie paralytique? par Mabille. (*Annales méd. psych.*, nov.) — Aliénés s'accusant de crimes imaginaires, par Krafft-Ebing. (*Viertel. f. ger. Med.* XLIII, p. 21.) — Lypémanie chronique. Analyse médico-légale, par Victorovsky (*Arch. psich. i nevrologuii*, n° 1 et 2.) — De la folie à deux ou de la folie communiquée, par Regent. (*Thèse de Paris*, 9 déc.) — Considérations générales sur la folie des héréditaires ou dégénérés, par Magnan. (*Progrès médical*, 18 décembre.) — Sur des accès de perversion sexuelle à physionomie particulière, par Anjel. (*Arch. f. Psychiat.*, XV, 2.) — Deux observations de folie à deux, par Tebaldi. (*Il manicomio*, n° 1, p. 3.) — Altérations anatomo-pathologiques des ganglions sympathiques

cervicaux dans la paralysie générale progressive des aliénés, par N. Popof. (*Méd. Obosrénié*, nº 23.)

Alimentation. — L'alimentation de l'ouvrier à Paris, par V. Du Claux. (*Annales d'hyg. publ.*, XV, 97.)

Allaitement. — Influence des boissons alcooliques sur l'allaitement, par Decaisne. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, 25 oct.)

Amputation. — Amputation du bras au tiers supérieur avec ligature préalable de l'axillaire, par Estore. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 49.) — Amputation de la cuisse droite et désarticulation simultanée du genou gauche à la suite d'un accident de chemin de fer. Guérison, par Stirling. (*Lancet*, 31 juillet.)

Amygdale. — L'amygdalite chez les adolescents, par Haig Brown. (*Broch. Londres.*) — Évolution du système sanguin dans les amygdales, par E. Retterer. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 11 déc.) — Ovarite amygdalienne, par Bougarel. (*France méd.*, 7 sept.)

Anatomie. — Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique, par Bolles Lees et Henneguy. (In-8º, *Paris.*) — Note sur un curieux procédé d'embaumement et de momification constaté sur deux cadavres trouvés à Reims dans des cercueils de plomb, par Brébant. (*Union méd. du Nord Est.* déc.) — Précis élémentaire d'anatomie pathologique, par Abadie-Leroy. (In-18, *Paris.*)

Anémie. — Diagnostic et traitement des anémies, par Hermann Sahli. (*Corr. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — Anémie pernicieuse avec températures basses, par Uhle. (*Deutsche med. Woch.*, nº 31, p. 531.)

Anesthésie. — De l'emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique général en chirurgie, par Hillischer. (In-8º, *Vienne.*) — Anesthésiques et anesthésie générale, par E.-N. Liell. (*New York med. Journal*, 13 nov.) — Anesthésie générale modifiée, par l'administration préalable de narcotiques, par J.-C. Reeve. (*New York med. Journal*, 4 déc., p. 627.) — L'éther et son administration, par D.-E. Keefe. (*New York med. Journal*, 20 nov.)

Anévrisme. — Retrait systolique de la pointe du cœur dans les anévrismes et dilatations de l'aorte ascendante, par E. A. Golowin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 671, 4 octobre.) — Anévrisme de la crosse aortique, du tronc trachéocéphalique et de l'aorte thoracique rompu dans la plèvre gauche; cirrhose hépatique coexistante, par Marchand. (*Ibid.*, 19 juillet.) — Anévrisme aortique, par Bosrœm. (*Ibid.*, p. 891, 20 décembre.) — Anévrisme de l'aorte abdominale traité par l'introduction de 12 mètres de fil dans le sac. Mort de pneumonie le 12ᵉ jour, par Lange. (*N. York surg. soc.*, 25 oct.) — Un cas d'anévrisme de l'aorte ascendante communiquant avec l'artère pulmonaire, par N. Tandov, (*Méd. Obosrénié*, nº 18.) — Ligature simultanée de la carotide primitive droite et de la sous-clavière du même côté, dans un cas d'anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique, par Kelly. (*Lancet*, 10 juillet.) — Du traitement des anévrismes par introduction de fil métallique dans le sac, par Howard Marsh. (*Lancet*, 17 juillet.) — Anévrisme du tronc innominé; ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière; hémiplégie gauche. Mort, par Praeger. (*Lancet*, 9 octobre.) — Anévrisme de l'artère iliaque primitive droite, par Montillier. (*Soc. anat.*, 18 juin.) — Anévrisme fémoral guéri après onze heures de compression intermittente, par Donovan. (*Lancet*, 23 octobre.) — Anévrisme de l'artère obturatrice, par Lange (*N. York surg. soc.*, 25 oct.)

Angine. — De la contagiosité de l'angine, par Fleury. (*Loire méd.* VI, nº 1.) — Un cas d'angine de poitrine causée par l'athérome des artères coronaires. par Mesnard. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 5 décembre.) — Un cas d'angine de poitrine, par Asta-Buruaga. (*New York med. Journal* 13 nov.)

Angiome. — Tumeur érectile traitée par l'électrolyse, par A. Mayor (*Rev. médic. Suisse romande*, VI, p. 445.) — Quelques cas de nævus orbitaire traités par l'électrolyse, par Snell. (*Lancet*, 24 juillet.)

Anthropologie. — Capacité des fosses temporo-sphénoïdales chez les aliénés, les sauvages, les épileptiques et les récidivistes, par Severi. (*Arch. di psichiatria*, VII, nº 5.) — Sur une femme à queue, par Melikoff. (*Bull. soc. d'anthrop.*, IX, 3.)

Antiseptique. — Importance de l'antisepsie pour le médecin praticien, par El. Haffter. (*Corr. Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er octobre.) — Valeur comparative des antiseptiques, par Bergonzini. (In-8º, *Modène*.) — Sur l'utilité de l'association des substances antiseptiques, par R. Lépine. (*Rev. de méd.* septembre.)

Anus. — De l'incision des abcès de la région ano-rectale, par Reclus. (*Arch. de méd.*, déc.) — Traitement de la fistule anale (Exposé nominal de la pratique des chirurgiens des États-Unis) par E. Glover. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 20 nov.) — Sur un cas d'imperforation de l'anus, par W. Mac Cormack. (*The Lancet*, 3 juillet.) — Anus artificiel datant de 20 ans, autopsie, par Graeser. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 2.)

Aorte. — Des formes cardio-pulmonaires de l'aortite, par Laplane. (*Thèse de Montpellier*, nº 4.) — Du rétrécissement aortique, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 octobre.)

Appareil. — Trousse de poche aseptique, par Sprengel. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 septembre.)— A propos des galvanomètres, par S. Th. Stein. (*Réponse à Schall, Ibid.*, 12 juillet.) — Le notographe, appareil enregistreur de la courbure antéro-postérieure du dos chez le vivant, par Hans Virchow. (*Ibid.*, 12 juillet.) — Photomètre scolaire, par E. Bertin-Sans. (*Ann. d'hyg. publ.*, XV, 147.) — Nouveau photomètre pour mesurer la distribution de l'éclairage dans une salle, par Imbert. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, nº 35, août.) — Appareils myographiques, par Warner. (*Journ. of phys.*, VII, 4.) — La civière articulée Peck. (*Sanitary Record*, p. 345, janvier.)

Artère. — La ligature des grosses artères dans leur continuité, recherches expérimentales, par Ballance et Edmunds (*Med. chir. Transact.*, LXIX.) — Plaie probable de la carotide externe droite : hémorragies multiples : ligature successive de la carotide primitive, de la thyroïdienne supérieure, de la carotide externe. Guérison, par Liénard. (*Arch. méd. milit.*, décembre, p. 464.) — De l'ossification des artères, par Cohn. (*Arch. f. path. Anat.*, VI, 2.) — Vitesse de propagation de l'onde artérielle dans les tubes élastiques, par E. Grunmach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.)

Articulation. — Usage et abus des mouvements forcés, par Sands. (*N. York surg. soc.*, 27 déc.) — Kystes synoviaux communiquant avec l'articulation du genou, par Chauncy Puzey. (*Lancet*, 4 décembre.) — Plaie contuse du dos du poignet. Arthrite suppurée au début ; arthrotomie rapide. Guérison, par Jacques-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 515.) — Relâchement de l'articulation scapulo-humérale à la suite d'une myopathie traumatique, par Julius Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 897, 27 décembre.) — Arthrosynovite tuberculeuse du pied, guérie par la résection, par Du-

RANTE. (*Bull. accad. med. di Roma*, juin.) — Tumeur sarcomateuse flottante du genou, par WEIR. (*N. York surg. soc.*, 8 déc.) — Arthrite du genou consécutive à un kyste de la bourse synoviale du semi-membraneux, par SMITH. (*Lancet*, 20 novembre.) — De la pseudo-tumeur blanche du genou, par DUBRUEIL. (*Gazette hebd. de Montpellier*, nº 34.) — Appareil d'extension pour le traitement des arthrites du genou, par NEBEL. (*Deutsche med. Woch*, nº 36, p. 619.) — Quelques considérations sur l'arthrotomie, par FUZEROT. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Deux cas de traitement conservateur des plaies des grandes articulations, par W. TRONOFF. (*Méd. obosr.*, nº 15.) — L'arthrectomie synoviale, par J. ISRAEL. (*Berl. klin. Woch.*, p. 819, 22 novembre.)

Asphyxie. — La concussion du thorax pour rappeler à la vie les asphyxiés, par FRANK et Discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 712, 11 octobre.) — Influence de l'alcool et de la morphine sur la durée du processus asphyxique, par K. LÉONTIEF. (*Kasan*).

Asthme. — Rapports de l'emphysème pulmonaire aigu avec l'asthme bronchique, par A. BIERMER. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 octobre.) — Du traitement de l'asthme bronchique d'origine nasale, par B. RAAF. (*Diss. inaug. Bonn.*) — De l'asthme, causes et traitement, par VAN ALLEN. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 oct.) — Étude des produits de combustion des papiers nitrés et de leur action dans l'asthme bronchique, par KOCHS. (*Cent. f. klin. Med.*, nº 40.) — Deux cas de coryza des foins. Guérison par cautérisation nasale, par KŒHLER (*Berlin. klin. Woch.*, 7 juin.) — Traitement de l'asthme de foin et de quelques autres coryzas par la cautérisation ignée de la muqueuse nasale, par DE HAVILLAND HALL (*Lancet*, 13 novembre.) — Traitement de la rhinite prurigineuse (hay fever), par RUMBOLD. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 oct.)

B

Bain. — La quantité d'urine émise après un bain simple et après un bain d'eau salée (plus considérable dans le 1er cas), par LEHMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 17 mai.) — Les bains de siège chauds dans le traitement de la pneumonie catarrhale, par BÉNÉVOLENSKY. (*Jég. klin. Gazeta*, nos 8 à 10.)

Bassin. — Traitement du bassin plat, par WINTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Extirpation d'un ostéo-chondrome du bassin chez un homme de 23 ans, par ISRAEL. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juillet.) — Traitement des bassins plats, par WINTER. (*Ibid.*, p. 784, 8 nov.)

Béribéri. — Le béribéri à Poulo-Condore, par RÉAULAR. (*Thèse de Paris*, 9 déc.) — Trichocéphale dispar. Contribution à l'étude du béribéri, par H. ERNI. (*Berl. klin. Woch.*, 13 sept.)

Biliaires (Voies). — Influence des variations de la température sur la sécrétion biliaire, par DOCKMANN. (*Arch. slaves de biol.*, II, nº 3.) — Kyste biliaire par une dilatation énorme du canal hépatique, par DUMONT. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Matériaux pour la physiologie et la pathologie de la sécrétion biliaire, par P. VILIJANINE. (*Jégén. klin. Gazeta*, nos 29 à 32.) — Lithiase biliaire avec ictère chronique datant de deux ans ; tentative de cholécystotomie ; mort, par RINGLE. (*Lancet*, 4 déc.) — Calculs biliaires enkystés dans la cavité abdominale ; laparotomie ; guérison, par MORRIS. (*New York med. Record*, 1er janv. 1887.) — Nouvelles contributions à la chirurgie des voies biliaires, par CARL LANGENBUCH. (*Berl. klin. Woch.*,

11 et 15 octobre.) — Faradisation de la vésicule biliaire dans un ictère catarrhal chez l'enfant, par Henri Segretan. (*Revue méd. Suisse romande,* VI, 701.)

Biologie. — Des rapports d'échange entre les sécrétions et les excrétions dans l'organisme, par Sticker et Hubner. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — L'origine de l'énergie chez les êtres vivants, par Gautier. (*Rev. scient.,* 11 déc.) — Le travail psychique et la force chimique, par Richet. (*Ibid.*, 18 déc.)

Blennorragie. — Recherches sur le gonococcus de Neisser et sur la gonorrhée, par Hartdegen. (*Cent. f. Bactériologie*, I, nº 3.) — Le micro-organisme de la blennorragie urétrale chez l'homme, par Giovanni. (*Gaz. d. Ospitali*, VII, nº 91.) — Diplococcus de Neisser et blennorragie, par E. Finger. (*Wien. med. Presse,* nº 47, p. 1524.) — De la période dite latente du rétrécissement blennorragique, par Delabarthe. (*Thèse de Paris*, 18 déc.) — Thromboses veineuses à répétition, consécutives à une pyélite chronique d'origine blennorragique, par Banham. (*Lancet,* 16 octobre.) — Blennorragie vaginale chez une fillette, avec arthrite du poignet gauche, par Henoch. (*Berl. klin. Woch.,* 23 août.) — Rhumatisme blennorragique polyarticulaire compliqué de sciatique, par A. Frænkel. (*Ibid.*, 23 août.) — Arthrite blennorragique de la hanche terminée par carie, par Sonnenburg. (*Ibid.*, 23 août.) — Du traitement antiseptique local de la blennorragie, par Licht. (*Thèse de Nancy.*) — De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorragique, par Pigornet. (*Thèse de Paris,* 10 déc.) — Extrait fluide de stigmates de maïs dans le premier stade aigu de la blennorragie, par M. Longstreth. (*Therap. Gaz.*, 15 déc.) — Les injections et la propagation de la blennorragie à l'urètre postérieur, par H. Oltramare. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 621.) — L'essence de santal dans la blennorragie, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 867, 13 déc.) — Sur le traitement de la blennorragie aiguë par les injections de bicarbonate de soude, par Castillan. (*Bull. de thérap.,* 1er déc.)

Bronche. — Des ruptures bronchiques sans fractures de côtes ou indépendantes de ces fractures dans les traumatismes du thorax, par Knœpfler. (*Thèse de Nancy.*)

Bouche. — Atrésie accidentelle de l'orifice buccal, cheiloplastie, par Lecerf. (*Bull. méd. du Nord*, déc.)

C

Cancer. — Excrétion de l'albumine dans la cachexie cancéreuse, par Mueller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 702, 11 oct.) — Traitement du cancer, par Herm. Jacubasch. (*Ibid.*, p. 861, 13 déc.) — Intervention chirurgicale dans les carcinomes, par Godet. (*Thèse de Paris*, 10 déc.)

Cellule. — Sur la karyokinèse dans la spermatogenèse, par Sertoli. (*Arch. ital. de biol.*, VII, 3.) — Sur les cellules caliciformes, par J.-H. List. (*Arch. f. Anat. mikrosk.* Bd. 27, Heft 4.)

Cerveau. — Des dimensions variables de la substance grise des hémisphères cérébraux et des centres psycho-moteurs chez l'homme, par Franceschi. (*Bull. d. scienze med.*, sept.) — De divers modes de préparation et de durcissement du cerveau. Anomalies morphologiques du cerveau chez une

hystérique, par LUYS. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XVI, n° 40.) — De l'existence de fibres pupillaires dans la bandelette optique, par DARSKCHEWITSCH. (*Société de biologie*, 20 nov.)— Sur les centres optiques, primaires et leurs relations avec l'écorce du cerveau, par L. DARKSCHEWITSCH. (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth.* Heft 3 et 4.) — L'origine du corps calleux ; contribution à l'étude des commissures cérébrales chez les vertébrés, par H.-F. OSBORN. (*Morph. Jahrbuch.*, Bd. XII, H. 2.) — Des circonvolutions du cerveau humain, par RICHTER. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.) — Modifications séniles de l'écorce cérébrale, par KOSTIOURINE. (*Wratch*, n° 21.) — Contribution à la physiologie cérébrale, par GOLTZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct. p. 711) — Les nouvelles découvertes sur les localisations de l'écorce cérébrale, par EXNER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 nov.) — Les fonctions du cerveau, par E. HITZIG. (*Ibid.*, p. 663, 4 oct.) — Extirpation de la sphère optique chez des chiens, par MUNK. (*Ibid.*, p. 766, 1er nov.) — Étude expérimentale sur les fonctions du corps strié, par BAGINSKY et LEHMANN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CVI, 2.) — De l'épuisement cérébral, par BEEMER. (*Med. Record.*, *New York*, 15 mai.) — Expériences sur la région calorigène de l'encéphale, par GIRARD. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 592.) — Recherches sur l'hyperthermie d'origine cérébrale, par VERGEZ. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Cas de localisation cérébrale (centres moteurs corticaux), par RUMPF. (*Berlin. klin. Woch*,, 26 juillet.) — Contribution clinique à l'étude des localisations cérébrales, par E. VILLA. (*Gazz. degli ospitali*, n° 46.) — Sur les modifications de la substance corticale des hémisphères cérébraux chez les vieillards, par KOSTIOURINE. (*Vratch*, n° 2.) — Le poids de l'encéphale de Gambetta, par DUVAL. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, IX, 3.) — Porencéphalie de cause traumatique, destruction de la zone motrice, par FRIGERIO. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 236.) — Lésion bilatérale des circonvolutions temporales, surdité complète, par PETRAZZANI. (*Riv. sper. di freniat.* XII, 3, p. 235.)— Sur les dégénérescences expérimentales descendantes du cerveau et de la moelle, par BIANCHI. (*Riv. sper. di freniatria*, XII, 3, p. 225.) — Expériences sur la compression cérébrale, par NAUNYN et FALKENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 688, 4 oct.) — Des dégénérations expérimentales descendantes dans le cerveau et la moelle, par L. BIANCHI et G. D'ABUNDO. (*Neurol. Centralbl.*, n° 17.) — Rapport du lobe temporal gauche avec l'aphasie, par OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 675, 4 oct.) — Un cas d'aphasie sensitive, cécité et surdité verbales, par WIGLESWORTH. (*Lancet*, 17 juillet.) — Sur un fait d'aphasie, par BINSWANGER. (*Berlin. klin. Woch.* p. 893, 20 déc.) — Aphasie ataxique, par EICHHORST. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 déc.) — De l'œdème des papilles optiques dans les hémorragies cérébrales, par B. REMAK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 828, 29 nov.) — Amaurose double déterminée par une méningite chronique de la base du cerveau, par PANAS. (*Semaine médicale*, n° 48, 27 nov., p. 485.) — Étude sur l'étiologie et la pathogénie des hémorragies cérébrales spontanées, par LÖWENFELD. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Embolie de l'artère cérébrale moyenne droite ; néphrite chronique, par OSLER. (*Philad. neurol. soc.*, 25 oct.) — Un cas de tumeur cérébrale (mélano-sarcome, peut-être congénitale), chez un individu de 21 ans, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prak. Augenheilk.*, août.) — Cancer encéphaloïde du front. Perforation du frontal. Propagation au lobe frontal droit, par AUCHÉ. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 nov.) — Cas d'hyperrhinencéphalie, par BENDA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 889 20 déc.)

Cervelet. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs du cervelet, par BERNHEIM et SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, XIX, n° 1.) — Le cervelet participe-t-il à l'exercice de l'intelligence, par BITOT. (*Journ. de méd. de Bordeaux* 5 déc.)

Césarienne (op.). — Opération césarienne, procédé de Sänger, par Sippel. (*Arch. f. Gynæk.* XXI, 3.) — De l'amputation par le vagin de l'utérus artificiellement inversé comme complément de l'opération césarienne, par Duchamp. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Les indications de l'opération de Porro, par Hofmeister. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 513.)— Une opération césarienne, par W. Parrish. (*Journal of amer. med. Assoc.*, p. 446, 16 oct.) — 4 cas d'opération césarienne, par Fleischmann. (*Zeit. f. Heilkunde*, VII, 5 et 6.)— Opération césarienne à la campagne ; guérison, par Forster. (*Lancet* 14 août.) — Opération césarienne dans un cas de rétrécissement du bassin avec fœtus hydrocéphale, par Collings. (*Lancet*, 17 juillet.)—Un cas d'opération césarienne, par J. Harper. (*Lancet*, 17 juillet.) — Technique de l'opération césarienne, par Saenger, Fehling, Schauth, Leopold, Kaltenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.)

Chancre. — Sur le chancre mou, par Gailleton. (*La Province médicale*, 25 déc.) — Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens, par Thiery. (*Progrès médical*, 18 déc.) — De l'iodol contre le chancre mou, par Petersen. (*St-Petersb. med. Woch.*, 14 juin.)

Charbon. — Sur un procédé d'augmentation de la virulence normale du microbe du charbon symptomatique et de restitution de l'activité primitive après atténuation, par Arloing et Cornevin. (*Acad. des sciences*, 29 nov.) — Pustule maligne de la face, guérie par les injections phéniquées, par Nichans. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aertze*, 15 août.)—Deux cas de pustules malignes chez l'homme, par Schœnborn. (*Ibid.*, 16 août.) — Action des antiseptiques sur le bacille de l'anthrax, par Vorontzoff, Vinogradoff et Kolesnikoff. (*Russkaïa med.*, n° 3.) — La médication iodée et la pustule maligne, par Beugnies-Corbeau. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 déc.)

Chirurgie. — Nouveaux éléments de petite chirurgie, pansements, bandages et appareils, par Chavasse. (In-8°, *Paris* 1887.)

Chlorose. — Formes cliniques et diagnostic différentiel de la chlorose, par Potain. (*Semaine méd.*, 29 déc.)

Choléra. — Les spores du bacille en virgule de Koch, par Zaeslein. (*Berlin. klin. Woch.*, 4. oct.) — Des produits de fermentation du bacille de Koch dans le choléra, par Bitter. (*Arch. f. Hygiene*, V, 2.) —Influence de la dessiccation et de la température sur l'activité vitale du bacille en virgule de Koch, par Lenevitch. (*Vratch*, n° 8.)—Contribution à l'étude expérimentale du choléra, par Giordano. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet.) —Contribution à l'étude expérimentale du bacille cholérigène de Koch, par Pagliani, Canalis et Maggiora. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet.) — Toxicité des bacilles du choléra, par Cantani. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 789.) — Transmissibilité de l'infection cholérique de la mère au fœtus, par Tizzoni et Cattani. (*Gaz. d. ospit.*, n° 95.) — Étiologie et pathologie du choléra asiatique, par Raptchesky. (*Vratch*, n° 4.). — Choléra et devoirs du gouvernement et du pays dans les épidémies, par Albanese. (*Riv. clin. di Bologna*, sept.) — Le choléra à l'île d'Yeu en 1886, par Charrin. (*Rev. d'hyg.*, décembre.) — Foyer cholérique développé dans une caserne de Cuneo, par Pagliani. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet.) — Les cas de choléra à Finthen et à Gonsenheim, par Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 8 nov.) —Traitement du choléra, par Cantani. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 712, 11 oct.) — La cure hydrothérapique de la diarrhée du choléra, par S. Baum. (*Wien. med. Presse*, n° 44, p. 1429.) — Du bioxyde d'azote comme agent désinfectant, prophylactique et médicamenteux dans le choléra, par Torres Munos de Luna. (*Berlin. klin. Woch.*,

1er mars.)— La prophylaxie du choléra, par RICHARD. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 139.)

Chorée. — De quelques cas de danse de Saint-Guy et de leur traitement, par PIGELET. (*Thèse de Paris*, 16 déc.) — Étude des rapports saisonniers de la chorée et du rhumatisme, par M. LEWIS. (*Med. News*, 13 nov.) — Chorée guérie par des exercices gymnastiques pendant l'hypnotisme, par R. PARI. (*Lo sperimentale*, juillet.)

Choroïde. — Sur une formation spongieuse développée entre la sclérotique et la choroïde chez des enfants nouveau-nés, par A. HANNOVER. (*Lancet* 14 août.)

Circulation. — Du pouls bigéminé par LUZZATTO et PATELLA. (*Riv. Venet. di sc. med.*, oct.)

Climat.— Compte rendu d'un séjour d'hiver à Aros (Grisons 1,892 mètres au-dessus de la mer), par FRITZ EGGER. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Ailen et Thomasville, stations climatologiques de la Caroline du sud et de la Géorgie, par W.-H. GEDDINGS. (*New York med. journal.* 25 déc., p. 707.) — Leysin et la cure alpine d'hiver, par LOUIS SECRETAN, (*Revue méd. Suisse romande*, VI, 554.)— Sur Davos, par VOLLAND. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 714.)

Cocaïne. — Effets de la cocaïne à hautes doses sur le système nerveux central, par COMANOS BEY. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 sept.) — Du bromhydrate de cocaïne, par DELMIS. (*Gaz. des hôp.*, 9 déc.) — Des injections sous-cutanées de cocaïne, par LUKASHEVITCH. (*Med. Obosrén.*, n° 10.) — De la cocaïne comme anesthésique local dans les petites opérations chirurgicales, par E. HOFFMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, p. 912.) — La cocaïne comme anesthésique locale dans le tétanos, par DEMARCO. (*La Riforma med.* 19 nov.) — La cocaïne et l'art dentaire, par PRÉTERRE. (*Gaz. des hôp.*, 25 déc.) — Effets de la cocaïne en injections sous-gingivales, par O. LAUBI. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Essai de détermination du mode d'action de la cocaïne vis-à-vis des diverses fonctions de l'œil, par SALTINI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet.)— Emploi de la cocaïne et des mouvements passifs dans les cas résistants de paralysie des muscles oculaires, par SPALDING. (*Arch. of opht.*, XV, n° 4.) — Emploi de la cocaïne dans la lithotritie, par WDOWIKOWSKY. (*Chirurg. Westnik*, août.) — De la cocaïne en obstétrique, par HIRST. (*Med. News*, 30 oct.) — Emploi thérapeutique de la cocaïne en gynécologie, par AMANN. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.) — Emploi de la cocaïne dans les anaplasties en gynécologie, par KÜSTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.)— Cocaïne en psychiatrie, par HEIMANN. (*Ibid.*, p. 895, 20 décembre.)— Cocaïne dans l'angoisse précordiale, par VON NOORDEN. (*Ibid.*, p. 890, 20 déc.)— Cocaïnisme ; effets de la cocaïne dans la cure du morphinisme, par SMIDT. (*Ibid.*, p. 894, 20 déc.) — Un cas d'intoxication par la cocaïne, par P. MANNHEIM. (*Ibid.*, 30 août.) — Cocaïne et cocaïnomanie, par HAMMOND. (*New York neurol. soc.*, 2 nov.) — Deux cas d'empoisonnement par la cocaïne, par BUHLER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er nov.) — Des dangers de la cocaïne, par CALHOUN. (*Atlanta med. and surg. Journ.*, sept.) — Des accidents causés par la cocaïne, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 27 février.) — Accident causé par la cocaïne employée comme anesthésique avant une amygdalotomie, par GOURAUD. (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 5.)

Cœur. — De l'innervation des différentes cavités du cœur chez les animaux à sang chaud, par V. DOBROKLOWSKY. (*Jégén. klin. Gazeta*, n° 27 à 31.) — Sur la formation du cœur chez les Amphibiens, par C. RABL. (*Morph. jahr-*

buch. Bd. XII, H. 2.) — De l'influence réflexe des nerfs sensitifs et des différents organes internes sur le cœur, par DOBROKLOWSKY. (*Jégén. klin. Gazeta*, nº 34.)— Faits de surmenage du cœur, par A.FRÆNTZEL, FRÆNKEL et EHRLICH. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Des palpitations nerveuses, par K. DEHIO. (*St-Petersb. med. Woch.*, nºs 31 et 32.) — Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse, par SCHNELL. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — La circulation pulmonaire dans le rétrécissement mitral, par RENAUT. (*La Province méd.*, 4 déc.) — Statistique de la myocardite interstitielle, par PH. NEUMANN. (*Arch. f. path. An.*, CIII, H. 3, p. 557.)—Bruit de frottement perceptible à grande distance dans un cas de péricardite, par NICOLAS. (*Revue méd. Suisse romande*, VI, p. p. 449.) — Diagnostic de l'insuffisance tricuspide, par FRANZ RIEGEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 sept.) — Endocardite ulcéreuse développée sur des valvules aortiques atteintes de lésions anciennes, anévrisme valvulaire, perforation de l'aorte à son origine; anévrisme aigu périaortique, rupture de l'épicarde et de l'oreillette gauche hémopéricarde, par LETULLE. (*France méd.*, 8 juillet.) — Cas d'endocardite ulcéreuse, par J.-C. SHATTUCK. (*Boston med. Journ.*, 16 déc.) — Un cas de concrétion du cœur, par M. SCHMIDT. (*Deutsche med. Woch.*, nº 52, p. 936.) —Dégénérescence graisseuse du cœur, par J. MILNER FOTHERGILL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 385.) — Du rétrécissement sous-aortique, par BARRAULT. (*Thèse de Paris*, 16 déc.) — Diagnostic et traitement des lésions valvulaires du cœur, par WESBROOK (*New York med. Journal*, 18 sept. et 29 oct.)— Sur les sutures dans les plaies du cœur, par FILIPOFF. (*Russkaïa medicina.* nº 11.)

Conjonctive. — Le bacille du catarrhe aigu conjonctival, par WECKS. (*Arch. of ophthalm.* XV, nº 4.)— Culture des bacilles du xerosis de la conjonctive, par FRÆNKEL. (*Soc. méd de Hambourg*, 5 oct.) — Du xerosis de la conjonctive chez les enfants, par WECKS. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 332.) — Un cas de pemphigus de la conjonctive, par W. DICKINSON. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 nov.) — Hypertrophie annulaire péricornéenne de la conjonctive, par ARMAIGNAC. (*Rev. clin. d'ocul.*, nº 11.) — Conjonctivite chrysophanique, par TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, mai.) — Idem, par STOCQUARDT. (*Arch. mens. de méd. prat.*, nº 3.)— Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire, par V. DE BOITO. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, nº 4, p. 363.) — Du sublimé corrosif dans le traitement des diverses formes de conjonctivite granuleuse, trachomateuse, par DE BENEDETTI. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, nº 50.)— Le sublimé corrosif dans le traitement de la conjonctivite infectieuse, par GUAITA. (*Ann. di ottalm.*, nº 4.) — De l'emploi de l'acide chromique pur contre les granulations conjonctivales et les pannus cornéens, par DARIER. (*Bull. Soc. franc. d'ophtalm.*, p. 150.) — De la cautérisation avec le jus de citron dans la conjonctivite pseudo-membraneuse et diphtéritique, par FIEUZAL. (*Bull. Soc. franc. d'ophtalm.*, p. 132.)

Coqueluche. — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, par NETTER. (*Assoc. franc.*, *Congrès de Nancy.*)

Corne. — Un cas de corne cutanée, par OBTULOWICZ. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIII, 4.)

Cornée. — Des conditions qui favorisent la régénération des éléments de la cornée transparente, par GILLET DE GRANDMONT. (*Acad. des sciences*, 29 novembre.) — Quelques réflexions sur l'astigmatisme cornéen, par CULBERTSON. (*Americ. Journ. of ophth.*, mai.). — De la transplantation de la cornée, par VON HIPPEL. (*Rev. gén. d'opht.*, sept., nº 9.)— Étude sur la kératite bulleuse, par BRUGGER. (*Inaug. Diss. Munich.*) — De la kératite ulcéreuse en

sillons étoilés, par Gillet de Grandmont. (*Arch. d'opht.*, VI, nº 5.) — Du kératocone et de son traitement par les myotiques et la compression, par Petresco. (*Thèse de Paris,* 5 février 1887.) — Du kératocone et de son traitement par la cautérisation ignée périphérique de la cornée, par Guiot. (*Thèse de Paris*, 4 février 1887.) — Efficacité curative de la péritomie partielle en face des abcès et ulcères graves de la cornée, par Prouff. (*Bull. Soc. franc., d'opht.*, p. 112.) — Staphylome pellucide de la cornée, guéri par la cautérisation ignée, par Grand. (*Loire médicale*, 15 déc.) — Le galvanocautère dans les ulcères de la cornée, par Grossmann. (*Wiener med. Presse*, nº 25.) — Du traitement par le feu de certaines affections de la cornée, par Fromond. (*Thèse de Paris*, 2 fév. 1887.) — Traitement de la sclérose cornéenne et de l'épisclérite par la péritomie ignée, par Vacher. (*Bull. Soc. franc. d'opht.*, p. 124.) — Des taches de la cornée ; du traitement de la sclérose cornéenne par l'électrolyse bipolaire, par Hubert. (*Bull. soc. franc. d'opht.* p. 116.)

Corps étranger. — Les corps étrangers de la conjonctive, par Gayet. (*Province méd.,* 21 janv. 1887.) — 3 cas de blessure de l'orbite par des corps étrangers, par von Hippel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 891, 20 déc.) — Corps étranger des fosses nasales pénétrant dans l'orbite, par Purtscher. (*Arch. of ophthalm.*, XV, nº 3, p. 262.) — Corps étranger du pharynx, tuyau de pipe, par Lecerf. (*Bull. méd. du Nord*, octobre.) — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage (os long de 2 centimètres et large de 5 millimètres, par Dubrueil. (*Gaz. hebd., Montpel.*, 2 octobre.) — Corps étranger articulaire du genou ; extirpation, guérison, par Lamarque. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 5 déc.) — Corps étranger du rectum, par Hendrickson. (*Soc. path. de Brooklyn*, 13 mai.) — Deux cas de corps étranger dans la vessie chez la femme, par Rivington. (*Lancet*, 24 juillet.)

Cou. — Du cou gras, par Madelung, et discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 686, 4 octobre.)

Crâne. — Fracture du crâne, par M.-G. Steinberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 699, 11 oct.) — Traitement des fractures avec enfoncement du crâne; partisan de l'intervention hâtive, 13 cas, 7 guéris, par Muskett. (*Australian med. Gaz.* 15 oct.) — Fracture de l'occipital, avec enfoncement des fragments, trépanation ; guérison, par Sydney Jones. (*Lancet,* 16 oct.) — Deux cas de fracture de la base du crâne suivie de guérison, par W. Mac Cormac. (*Lancet*, 31 juillet.)

Cristallin. — L'épithélium de la capsule cristallinienne, sa segmentation nucléaire et sa transformation en tubes du cristallin, par Severin Robinski. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 septembre.) — Embryogénie du cristallin, par Gottschau. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — De la cataracte hémorragique, par Dufour. (*Bull. Soc. franc. d'opht.,* p. 76.) — Nouvelle méthode de pansement des opérés de cataracte (simple occlusion des paupières par un emplâtre adhésif, sans autre bandage, par Simon Snell. (*Lancet*, 18 septembre.) — La cataracte produite par la naphtaline, par Bouchard et Charrin. (*Bull. Soc. de biologie*, 18 déc.) — 3 cas d'ectopie congénitale du cristallin, par H. Starkey. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 nov.,) — Note sur l'opération de la cataracte, par Dehenne. (*Union médicale*, 16 décembre.) — De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte au point de vue des résultats de l'opération, par H. Renard. (*Thèse de Nancy*.) — Des enclavements iriens et capsulaires consécutifs à l'extraction de la cataracte avec iridectomie, par Abadie. (*Annales d'oculistique*, XCVI, nos 3 et 4, p. 128.) — De l'enclavement de l'iris et de la cristalloïde après l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire combinée à l'iridectomie, par Beve-

RINI. (*Thèse de Paris*, 20 janv. 1887.) — Observations de cataractes congénitales et traumatiques traitées par l'aspirateur du Dr Redard, par MOTAIS. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 35, p. 412.) — Procédés actuels de l'opération de la cataracte, par ABADIE. (*Congrès de chirurgie française*, 22 octobre.) — Les indications de l'iridectomie dans les opérations de cataracte, par CHIBRET. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 4, p. 355.) — Loi des déformations astigmatiques de la cornée consécutives à l'opération de la cataracte, par CHIBRET. (*Bull. Soc. franç. d'opht.*, p. 66.) — Recherches expérimentales pour servir à l'étude de la cataracte traumatique, par F. BOÉ. (*Arch. d'opht.*, VI, n° 4, p. 308.

Cysticerque. — Cysticerques ayant séjourné 12 ans dans le cerveau et dans le quatrième ventricule, par HARRINGTON DOUTY. (*Lancet*, 10 juillet.)

D

Daltonisme. — Méthode simple de diagnostic du daltonisme, par H. SEWALL. (*Med. News*, 4 déc.) — Remarques sur l'achromatopsie, par BICKERTON. (*Lancet*, 28 août.)

Démographie. — Des rapports entre les populations et les climats sur les bords européens de la Méditerranée, par VIDAL LABLACHE. (*Rev. de géog.*, décembre.) — Difficulté de comparer entre elles les statistiques mortuaires de districts différents, par STAINTHORPE. (*Sanitary Record.*, p. 542, mai.) — Durée moyenne de la vie et mortalité infantile suivant le degré d'aisance, par ALICE VICKERY. (*Ibid.*, p. 339, janvier.) — Mortalité des grandes villes anglaises en 1885, par J. HAMPDEN SHOVELLER. (*Ibid.*, p. 323, janvier.) — Les mouvements de la population de Paris, par J. BERTILLON. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 605.) — La survie en faveur du sexe féminin, recherches expérimentales, par DELAHAYE. (*Thèse de Montpellier*, n° 3.)

Dent. — Étude sur les anomalies dentaires, par SCHMID. (*Zeit. f. Heilk.*, VII, 5 et 6.) — Dent de sagesse supérieure rendue par le nez, par MARSHALL. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 nov.) — Sur l'étiologie et la pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes, par DAVID. (*Gaz. des hôp.*, 28 déc.) — Essai historique et critique sur les kystes dentaires, par LAFORESTERIE. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — De la carie dentaire chez les boulangers, par HESSE. (*Deut. Monat. f. Zahnheilk.*, juillet.)

Désinfection. — De la désinfection des locaux habités par les vapeurs de sublimé, par KREIBOHM. (*Zeit. f. Hygiene*, II, p. 363.) — Des vapeurs de sublimé comme moyen de désinfection, par HERAEUS. (*Ibid.*, p. 234.) — De la désinfection des salles d'hôpitaux, par S. KROUPINE. (*Jégén. klin. Gazeta*, nos 24 à 26.) — Le lazaret des épidémies à Strasbourg, et le nouvel appareil à désinfecter de A. Koch, par WEISGERBER. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 497.) — Le premier établissement public de désinfection de la ville de Berlin, par A.-J. MARTIN. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — Les étuves pour désinfection. (*Sanitary Record.*, janvier, février.) — Note sur les perfectionnements à introduire dans la construction et dans la conduite des étuves désinfectantes à vapeur d'eau sous pression, par EDMOND HENRY. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 852.) — Étuve selhydrique pour la désinfection, par A. DOBROSLAVINE. (*Ibid.*, VIII, p. 487.) — Procédés de désinfection ; étuves sèches et emploi de l'air comprimé dans les hôpitaux, par L. HEUSNER. (*Berlin. klin. Woch.*,

6 sept.) — De la désinfection des matières de vidanges, par MORITZ WOLLMAR. (*Ibid.*, p. 735, 18 octobre.)

Diabète. — Du diabète sucré, par VOCKE. (In-8°, Neuwied.) — Du diabète artificiel, par V. MEHRING. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mai.) — De l'influence des maladies intercurrentes à peptonurie sur le diabète sucré, par THORION. (*Rev. méd. de l'Est,* XIX, n° 2.) — Recherches sur l'urine diabétique, par LEO. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 874, 13 décembre.) — Etude sur le coma diabétique, par MABBOUX. (*Revue de médecine*, 10 sept.) — Examen de quelques organes d'un diabétique, par PANORMOFF. (*Arch. slaves de biol.*, t. II, fasc. I.) — Traitement du diabète par la pepsine, par GARDNER. (*Indian med. Gaz.,* août.)

Digestion. — De la digestion des albuminoïdes, par BOAS. (*Zeit. f. klin. Med*,, XII, 3.) — Considération sur la digestion des matières protéiques, par STUTZER. (*Zeitschrift für physiologisch. Chem.,* X, p. 153.)

Diphtérie. — Instructions populaires pour éviter la propagation et les ravages de la diphtérie, par LATOUR TOLOSA. (Broch., Madrid.) — Contagion de la diphtérie, par LANCRY. (*Thèse de Paris*, 10 déc.) — Transmission de la diphtérie de l'animal à l'homme, par BÖING. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 552.) — Encore un mot sur la prétendue analogie entre la diphtérie et la scarlatine, par MASINI. (*Arch. ital. di laring.,* VII, 1.) — Nouveau moyen de diagnostic physique entre l'angine diphtéritique et les angines à plaques blanches non diphtéritiques, par D'ESPINE. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 584.) — Cas grave de diphtérie, par VON SCHRŒTTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 766, 1er novembre.) — Croup vrai, par D. PHILLIPS. (*New York med. Journal*, 25 décembre, p. 714.) — Diphtérie vaginale sans angine, par CLIBBORN. (*Lancet,* 6 novembre.) — Un cas de diphtérie avec manie, par MONTEFUSCO. (*Arch. ital. di laring.*, VII, 1.) — De la manie diphtéritique et du poison diphtéritique, par LOMBROSO. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*) — Exemple de conjonctivite diphtéritique, par A. ZURCHER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Cent cas de paralysie diphtéritique des muscles oculaires, par REMAK. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, juin.) — Du traitement de la diphtérie, par LEKTORSKY. (*Russkaïa med.*, n° 43.) — Traitement de la diphtérie, par MERCES. (*Lancet*, 30 oct.) — Insufflations d'iodoforme dans la trachée, après la trachéotomie pour diphtérie, par SHIRES. (*Lancet*, 24 juillet.) — D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides, par DESCROIZILLES. (*France médicale*, 18 décembre.) — Cautérisation ignée dans une angine diphtéritique grave, par HENRI SECRETAN. (*Revue médic. Suisse romande,* VI, 701.) — Contribution au traitement de la diphtérie, par G. SCHENKER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 septembre.) — Traitement de l'angine diphtéritique et du croup, par GOMER DE LA MATA. (*Gaceta di oftalm. otol.*, n° 7, juillet.) — Traitement de la diphtérie nasale, par REIERSON. (*Ugesk. f. Læger.*, XIV, n° 33.) — De l'acide salicylique dans le coryza diphtéritique, par GONZALEZ. (*Gac. med. Catalana,* sept.) — Du sublimé corrosif et de l'ichthyol dans la diphtérie, par WERNER. (*St-Petersb. med. Woch.*. n° 9.)

E

Eau. — Du rôle de l'eau dans la nutrition, par CALLAMAND. (*Thèse de Paris*, 15 janv. 1887.) — La pollution de l'approvisionnement d'eau dans les cam-

pagnes, par JAMES BATEMAN. (*Sanitary Record*, p. 325, janvier.) — L'approvisionnement d'eau de Walcon-le-Dale. (*Ibid.*, p. 339, janvier.) — Pollution des eaux de la Lea par les champs d'irrigation à l'eau d'égout de Hoddesdon. (*Ibid.*, p. 381, février.) — De l'emploi de l'aluminate de sodium pour adoucir et purifier les eaux dures et souillées, et pour désinfecter les eaux d'égout et les eaux industrielles, par F. MAXWELL LYTE. (*Ibid.*, p. 423, mars.) — La pollution des cours d'eau, par T.-E. SOUTHEE. (*Ibid.*, p. 478, avril.) — L'approvisionnement d'eau potable de Waltham Abbey. (*Ibid.*, p. 489, avril.) — L'examen des eaux potables par les cultures de Koch, par G. BISCHOF. (*Ibid.*, p. 549, mai.)—De la valeur au point de vue de la potabilité des eaux provenant des couches miocènes moyennes en Angleterre, par W. EASSIE. (*Ibid.*, p. 575 et 595, juin.) — De la filtration de l'eau potable, par PLAGGE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 734, 18 octobre.) — Épuration des eaux de l'Espierre, par O. DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XV, 62.) — L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par J. ARNOULD. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 1.)

Eaux minérales. — Examen d'eaux minérales de Java, par MEUNIER. (*Acad. des sc.*, 13 déc.) — Des qualités des eaux de Hanovre et de leur influence sur les maladies infectieuses, par SEHLEN. (In-8°, Hanovre.) — Etude sur Balaruc-les-Bains, par PLANCHE. (*Montp. méd.*, mai-juillet.) — Etude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables appliquée à quelques eaux de Nancy, par L. CAHEN. (*Thèse de Nancy.*) — Les eaux thermales de Bonneval-les-Bains au pied du petit Saint-Bernard, et les stations de montagnes de la vallée de la Haute-Isère, par EMPEREUR. (In-8°, Moutiers.) — La pratique thermale à Amélie-les-Bains, par DELMAS. (*Arch. de méd. milit.*, nov.) — Les eaux sodiques de Faehingen et Geilnau, par EMILE PFEIFFER. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 septembre.) — Des modifications apportées aux principaux symptômes de l'ataxie par la cure de la Malou, par BELUGOU. (Broch., *Paris.*)

Éclampsie. — Recherches expérimentales sur l'éclampsie, par DOLÉRIS et BUTTE. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 mai.)—Eclampsie puerpérale, par BEDFORD BROWN. (*Journ. of amer. med. ass.*, 13 nov.) — De l'éclampsie puerpérale, par STUMPF. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVIII, 3.)— Eclampsie sans albuminurie, sans œdème, et compliquée de manie puerpérale, par LÉONARD. (*France médicale*, 23 décembre.) — Eclampsie puerpérale survenant sans signes prémonitoires une demi-heure après l'accouchement, par SARAH-ELLEN PALMER. (*Boston med. Journ.*, 14 octobre.) — Convulsions urémiques chez une femme enceinte de sept mois ; mort de la malade sans être accouchée, par ALFRED HOSMER. (*Ibid.*, 28 octobre.)—Deux cas d'éclampsie puerpérale avec atrophie jaune aiguë du foie, par STUMPF. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.) — Eclampsie puerpérale traitée par la pilocarpine, par SQUANCE. (*Lancet*, 27 novembre.)

Eczéma. — De l'eczéma, par OSCAR LASSAR. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 nov.)

Électricité. — De la résistance des tissus vivants aux courants électriques, par ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 767, novembre.) — Du dosage en électrothérapie, par VIGOUROUX. (*C. R. de la Soc. de biologie*, 4 déc.) — Des mesures en électrothérapie, par D'ARSONVAL. (*Ibid.*, 11 déc.) — Sur la réaction faradique de dégénérescence, par E. REMAK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 893, 20 décembre.) — Contribution aux méthodes d'électro-diagnostic, par G. GAERTNER. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 633.)—La thermométrie électrique, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 36, p, 1164.) — Quelques points relatifs au traitement par les divers agents électriques, par BARTHOLOW. (*Med. News*, 18 déc.)—Cause véritable de la diminution de la douleur dans

la peau par l'application d'électrodes humides dans l'emploi des courants induits, par Laker. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 491.) — Les bains électriques, par G. Mehlem. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 588.) — Des opérations par l'électrolyse, par Voltolini. (*Cong. natur. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 44.)

Embryon. — Embryogénie primitive des organes des sens, par Wiedersheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Les deux feuillets germinatifs et le feuillet moyen, par Wolff. (*Archiv für mikr. Anat.*, *B.* XXVIII, *H.* 4.)

Emphysème. — Emphysème extra-péricardiaque, par Ernst Schotten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 883, 20 décembre.) — Emphysème sous-cutané chez un enfant (après une quinte de toux), par Przybulski. (*Compt. R. Soc. de Vilna*, n° 12.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par la belladone, par Bradshaw. (*Med. News*, 27 nov.) — Empoisonnement avec 30 grammes de teinture d'opium, guéri par injections d'atropine, par Schurmann. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Intoxication par la morphine ou hémorragie de la protubérance(?), par Nœther. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 515.) — Accidents cholériformes par une dose de 10 grammes de fougère mâle, par Dardel. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, p. 449.) — Deux cas d'empoisonnement par la strychnine, par Marston. (*Lancet*, 4 septemb.) — Empoisonnement par le cannabinon, par Pusinelli. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — Un cas d'empoisonnement par le sirop de scille, par Beckit Truman. (*Lancet*, 28 août.) — Empoisonnement par le gaz d'éclairage. Paraplégie toxique, par Chavanis. (*Loire médicale*, 15 octobre.) — Notes sur les symptômes présentés par les victimes du désastre de Crarac (empoisonnement par les gaz provenant de l'explosion de 7,000 kilos de poudre de mine), par Fox. (*Lancet*, 16 octobre.) — Empoisonnement par les vapeurs de benzoline, par Foulerton. (*Lancet*, 6 novembre.) — Un cas mortel d'empoisonnement par des champignons (agaricus phalloïdes), par Handford. (*Lancet*, 27 novembre.) — Accidents d'intoxication par la morue altérée, par Millet. (*Arch. méd. milit.*, déc., p. 417.) — Cinq cas d'empoisonnement par du poisson gâté, 3 morts, par Hirschfeld et Bischoff. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLIII, p. 283.) — Faits d'intoxication par le chlorure d'étain dus à des boîtes de conserves de bœuf. (*Sanitary Record*, juillet.) — Note sur un cas d'intoxication par des œufs de hareng, par Belin. (*France méd.*, 21 oct.) — Empoisonnement par du blanc d'œuf, par Glasmacher. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 666, 4 octobre.) — Empoisonnement par le chloroforme. Guérison, par Kiley. (*New York med. Journal*, 7 août.) — Un cas d'empoisonnement par le chloroforme, par West. (*The Lancet*, 3 juillet.) — Empoisonnement par le sulfure de carbone; mort; autopsie, par Foreman. (*Lancet*, 17 juillet.) — Recherches expérimentales sur l'intoxication mercurielle, lésion des nerfs périphériques dans cette intoxication, par M. Letulle. (*Acad. des sciences*, 3 janv. 1887.) — Attaque de catalepsie dans le cours d'un empoisonnement (pansement) par le sublimé, pas d'antécédents d'hystérie, par Santi Bivona. (*Gaz. degli Ospit.*, mars.) — Intoxication par le sublimé dans la laparotomie, par Kummell. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 585.) — Empoisonnement avec 100 grammes d'huile phéniquée à 5 0/0; guérison, par Otto Stocker. (*Corr. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Intoxication médicamenteuse par l'iodure de potassium (*pemphigus* universel apyrétique) suivie de mort chez une albuminurique, par Franz Wolf. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août.) — Empoisonnement par le cyanure de potassium; guérison, par Ord. (*Lancet*, 18 décembre.) — Un cas d'empoisonnement mortel par le phosphore, par Dutoit. (*Corresp. Blatt f. sch. Aerzte*, juillet.) — Empoisonnement par la pâte phosphorée; mort au 15e jour; né-

cropsie, par Harris. (*Lancet*, 25 septembre.)—Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Bostroem. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 891, 20 décembre.) —Ingestion de 40 grammes d'acide chlorhydrique du commerce; guérison, par Ross. (*The Lancet*, 3 juillet.)

Enfant. — Application de la loi Roussel dans la ville de Lille, par Bécour. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) — Hygiène et traitement médical des enfants dans les Indes, par Birch. (2e édit., *Londres.*) — Maladies des organes digestifs chez l'enfant et l'adolescent, par Starr. (In-8°, *Londres.*) — Mécanisme de la succion chez le nourrisson, par Auerbach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 736, 18 octobre.)—Abcès de l'amygdale, œdème glottique, trachéotomie, chez un enfant d'un an, par Katterfeld. (*Deut. med. Woch.*, n° 28.) — Essai sur la bronchite chronique des enfants, par Comby. (*Arch. de méd.*, nov.-déc.) — Un cas de pneumonie intermittente avec abcès du poumon chez l'enfant, par S. Vérévkine. (*Méd. Obosr.*, n° 11.)—Un cas de pleurésie purulente chez une enfant de 11 mois, résection de 2 côtes, considérations sur l'opération d'Estländer, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 12.) —Pleurésie purulente consécutive à une gangrène corticale du poumon, empyème, mort, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 9 déc.) — Du lavage de l'estomac chez les enfants à la mamelle, par Boelli. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet.) — De la dilatation de l'estomac chez les enfants du premier âge, par Demme. (*Correspondenz. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 août.) — Tyrotoxicon et choléra infantile, par Vaughan. (*Med. News*, 25 déc.)—De l'irrigation intestinale dans les maladies du tube digestif chez les enfants, par Willems. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, oct.) — Du traitement de la diarrhée infantile par l'eau sulfo-carbonée, par Palasne de Champeaux. (*Bull. de thérap.*, 15 nov.) — De la blennorrée des nouveau-nés, par Cohn. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — L'onanisme chez les jeunes enfants, par Hirschsprung. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 septembre.)—Hystérie des enfants, par Tuczek. (*Ibid.*, 2 et 9 août.) — Contribution à l'étude du tabes dorsal spasmodique chez l'enfant, par V. Gilbert. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, p. 415.) — Un cas d'hémorragie dans une ponction d'ascite chez un enfant cardiaque, par Maunoir. (*Ibid.*, VI, 703.)—De la claudication chez les enfants, par Broussolle. (*Gaz. des hôp.*, 18 déc.) — Abcès du bassin chez un enfant, par Kelsey. (*New York med. Journal*, 7 août.) — Opération de taille sus-pubienne chez un enfant de 3 ans; réunion par première intention, par W. Parker. (*The Lancet*, 3 juillet.)

Épilepsie. — Des établissements spéciaux pour les épileptiques, par Rieger, traduit par Adam. (*Annales méd. psych.*, nov.) — Des troubles de la sensibilité générale et spéciale chez les épileptiques, par A. Osérétzkovsky. (*Méd. Obosr.*, n° 9.) — De la température dans les accès isolés d'épilepsie, par Bourneville. (*Progrès médical*, 27 novembre.) — De la percussion du crâne chez les épileptiques, zones douloureuses, par Pisaneschi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 239.) — Modifications du champ visuel chez les épileptiques, par Goutnikoff. (*Arch. psichiatr.*, n° 1.) — Sur les troubles visuels dans l'épilepsie, par G. Rummo. (*La Riforma medica*, II, n° 5, p. 28.) — Sur la fièvre et quelques autres symptômes de l'épilepsie, par L. Witkowski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 739, 25 octobre.) — Deux cas d'épilepsie guéris par la castration, par Schramm. (*Ibid.*, p. 735, 18 octobre.) — Autopsie d'un épileptique, par Burkhardt. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 699.)

Épithélioma. — Du développement de l'épithélioma sur le psoriasis, par Hebra. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 1.)— Epithélioma sur une cicatrice d'amputation de Chopart, par Demars. (*Soc. anat.*, 9 juillet.) — Am-

putation de Chopart, épithélioma cicatriciel, amputation de la jambe, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 2 déc.)

Érysipèle. — Découverte des micrococques de l'érysipèle au domicile des malades, par Emmerich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 735, 18 octobre.) — Etude des streptocoques de l'érysipèle, par Guarnieri. (*Bull. Accad. med. di Roma*, juin.) — Caractère contagieux de l'érysipèle facial, par Hennig. (*Berl. klin. Woch.*, XXI, n° 36.) — L'érysipèle en province, par Girou. (*Union médicale*, 11 décembre.) — Erysipèle périodique annuel, par Blocq. (*France méd.*, 23 janv.) — Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané, par Juéry. (*Thèse de Paris*, 10 janv. 1887.) — Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face, par Dufaut. (*Union médicale*, 21 décembre.) — Influence de l'érysipèle sur les maladies des yeux, par Dufour. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 632.) — Influence curative de l'érysipèle sur les tumeurs malignès, par Biedert. (*Deut. med. Zeitung*, n° 5. — Un cas de guérison de parotidite sous l'influence de l'érysipèle, par J. Ryndzune. (*Méd. Obosr.*, n° 10.) — Du traitement de l'érysipèle, par Turazza. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 79.) — Du traitement de l'érysipèle et de la gangrène sénile, par Kreidmann. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 65.)

Estomac. — La digestion de la viande dans l'estomac sain, par Cohn. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — De l'influence du froid et de la fumée de tabac sur la digestion stomacale, par Tchoudnovsky. (*Russkaïa méd.*, n° 34.) — Etude sur la nature et la proportion des acides du liquide gastrique dans quelques états pathologiques de l'estomac, par Simonnin. (*Thèse de Lyon*, n° 341.) — Des affections nerveuses de l'estomac, par Schreiber. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août.) — Formation de sucre dans l'estomac et dyspepsie acide, par C.-A. Ewald. (*Ibid.*, p. 825, 29 novembre.) — Diagnostic et traitement des dilatations de l'estomac, par F. Riegel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 634.) — Dilatation de la moitié gauche du diaphragme par suite de gastrectasie, par Arthur Hanau. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er décembre.) — Un cas de gastrite phlegmoneuse, par Svavitzky. (*Méd. Obosrénié*, n° 14.) — Gastrite ulcéreuse chronique et cancer de l'estomac, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 14 déc.) — Mort subite à la suite d'un lavage de l'estomac dilaté, par Marsen. (*Soc. méd. de Cambridge*, 5 nov.) — Du diagnostic chimique du cancer de l'estomac, par Graziadei. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 103.) — Un cas de sarcome globo-cellulaire de l'estomac avec fistule gastro-colique, par N. Tcherniaïeff. (*Jégén. klin. Gazeta*, n° 33.) — Des inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 novembre.) — De l'emploi du vin de condurango dans les affections de l'estomac, par Wilhelmy. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juillet.)

Exanthèmes. — Contribution clinique et anatomo-pathologique sur quelques formes d'éruptions cutanées par intolérance iodique, par Ducrey. (*Riv. intern. di med.*, III, n° 12.) — Emploi du bleu de méthylène pour circonscrire les efflorescences cutanées et faciliter le diagnostic de l'élément fondamental dans les éruptions mixtes, par Lassar. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juillet.) — Erythème-polymorphe avec manifestations bucco-pharyngées, par Alfred Lanz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 696, 11 octobre.) — Un cas d'érythème multiple exsudatif avec affection des muqueuses, par W. Kanonnikoff. (*Méd. Obosr.*, n° 16.)

F

Face. — De la fissure oblique de la face, par MORIAN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 820, 22 novembre.) — Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, par HERZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 5 nov.) — Nouveau cas d'adénomes sébacés de la face, par BALZER et GRANDHOMME. (*Arch. de physiologie*, 1er juillet.)

Ferment. — Fermentation, putréfaction et suppuration; étude expérimentale, par H. KNAPP. (*New York Acad. of med.*, 16 déc.)

Fièvre. — De la fièvre, par FINKLER. (*Berlin. klin. Woch.*. p. 688, 4 oct.)

Fièvre intermittente. — Considérations nouvelles sur l'impaludisme et son taitement, par ROQUETTE. (*Bull. de thérap.*, 15 nov.) — Des lésions viscérales de l'impaludisme, par MESSERER. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Traitement des fièvres intermittentes rebelles, par ROCHARD. (*Assoc. française*; *Congrès de Nancy.*) — Des fièvres palustres, observées à Madagascar, par PALLIER. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Impaludisme simulant une endocardite infectieuse, par SAUSSOL. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 41.) — L'arsenic comme médicament prophylactique de la fièvre intermittente, par LŒWENTHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août.)

Fistule. — De l'opération des fistules vésico-vaginales, par RYDYGIER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 710, 18 oct.)

Fœtus. — De l'influence des impressions mentales sur le fœtus, par FORD. BARKER. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 oct.) — Cause de l'apnée fœtale, par N. ZUNTZ et COHNSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 nov.) — Tumeur à fibres musculaires striées contenant une quantité considérable de glycogène; remarques sur le glycogène dans quelques tissus fœtaux, par F. MARCHAND. (*Arch. f. path. Anat. C. Heft* 1, p. 42.)

Foie. — Ebauche d'une détermination absolue de la proportion dans laquelle la combustion de la glycose concourt à ces phénomènes; rôle du foie, par CHAUVEAU et KAUFFMANN. (*Acad, des sciences*, 13 déc.) — Recherches sur l'ictère, par FR. MULLER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — Contribution à la pathologie expérimentale du tissu hépatique, par P. CANALIS. (*Internationale Monatschrift für Anat. und Histol.*, p. 205.) — De la cirrhose par stase, par NAUNYN et discussion (*Berlin. klin. Woch.*, 13 sept.) — Existe-t-il une forme curable de cirrhose alcoolique du foie? par TROISIER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 déc.) — Atrophie jaune chronique ou cirrhose aiguë du foie, par OBRZUT. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 463.) — De la genèse de l'hépatite interstitielle chronique (recherches expérimentales), par KHOLMOGOROFF. (*Thèse de Moscou.*) — Observation de coliques hépatiques sous la dépendance de la menstruation et d'un fibrome utérin chez une femme de 45 ans, par MARTIN. (*Union médicale*, 28 déc.) — Sur un cas d'hépatite suppurée, par MOUISSET. (*Lyon méd.*, 14 nov.) — Coliques hépatique, angiocholite et périangiocholite suppurées; ouverture d'un abcès biliaire dans le péritoine; péritonite généralisée; mort, par POTOCKI. (*Soc. anat.*, 16 juillet.) — Abcès du foie, par LÉONARD. (*Soc. anat.*, 23 juillet.) — Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Diagnostic fondé sur l'examen microscopique du pus, par KIENER. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 48.) — Abcès multiples du foie; angiocholite grave, par ROVIGHI. (*Riv. clin. di Bologna*,

nº 6.) — Causes et fréquence de l'abcès du foie aux Indes, par Tomes. (*Lancet*, 9 oct.) — Abcès tropical du foie ouvert spontanément dans l'intestin ; guérison, par Harley Thomas. (*Lancet*, 4 décembre.) — Kyste hydatique du foie (trois ponctions) ; guérison, par Villette. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Kyste hydatique du foie traité par l'acupuncture multiple ; guérison, par Lecerf. (*Ibid.*, juin.) — Kyste hydatique du foie, simulant une ascite et communiquant avec les voies biliaires, par Boiteux. (*Revue de médecine*, 10 octobre.) — Quelques cas de rupture mortelle du foie, par Heinzelmann. (*Inaug. Diss. Munich.*)

Fracture. — Les fractures spontanées, par Rusconi. (*Gaz. d. Ospit.*, nº 86.) — Quelques points spéciaux dans le traitement des fractures compliquées, d'après une statistique de 516 cas, par Dennis. (*Med. News*, 13 nov.) — Observation d'une fracture de côte par effort musculaire, par Kums. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers,* juillet, août.) — Fracture de côte indépendante de tout traumatisme extérieur, par Antony. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mai.) — Fracture transversale sous-épineuse de l'omoplate, par Dobson. (*Lancet*, 27 nov.) — Des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, par J.-S. Bigelow. (*Boston med. Journ.*, 23 déc.). — Paralysie atrophique progessive du membre supérieur gauche à la suite d'une fracture de l'humérus droit par accident de chemin de fer, par Eulenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 mai.) — Sur le traitement des fractures du membre inférieur et en particulier des fractures de cuisse à bord des bâtiments de l'Etat, par Noury. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Fracture du fémur consolidée au bout de deux ans, chez une jeune fille de 14 ans, par S. Marks. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 nov., p. 514.) — Un cas de décollement de l'épiphyse supérieure du fémur, par Mayo Robson. (*Lancet*, 21 août.) — Réflexions sur une fracture ancienne de la rotule, par Suzanne. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 nov.) — Contribution à l'étude de la fracture du calcanéum par arrachement, par Adrien Schmit. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

G

Gangrène. — De la gangrène sèche des extrémités par application du phénol Bobœuf, par Laurent Secheyron. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVI. p. 155.) — Gangrène sénile envahissante limitée au gros orteil. Guérison, par Mouton. (*Gaz. méd. de Paris*, 27 novembre.)

Gastrostomie. — Gastrostomie chez un enfant de 4 ans, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; guérison, par Dandridge (*Cincinnati Lancet and clinic*, 28 nov.) — Deux cas de gastrostomie suivie de succès, par Stonham. (*Lancet*, 2 octobre.) — Un cas de gastrostomie, par Hawkins-Ambler. (*Lancet*, 21 août.) — Rétrécissement de l'œsophage; gastrostomie en deux séances; guérison, par R. Barwell. (*Lancet*, 14 août.)

Génitaux (Org.) — De la conformation des organes génitaux externes chez les femelles des singes anthropomorpes du genre troglodytes, par de Rochebrune. (*Acad. des sciences*, 29 nov.) — Des malformations de l'hymen par Fleischmann. (*Zeit. f. Heilk.*, VII, 5 et 6.) — Arrêt de développement des organes sexuels avec absence congénitale des amygdales, par Pearce Gould. (*Clin. soc. of London*, 8 oct.) — Fistule vulvo-rectale par violence du premier coït, par Price. (*Obstet. Gaz.*, mai.) — Trachélorraphie faite dans le 2e mois d'une grossesse méconnue, par Juillard. (*Nouv. arch.*

d'obst., 25 nov.) — Un cas d'hémorragie dangereuse par suite de rupture de la membrane hymen, par P. Rosanoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 10) — Inflammation du tissu sous-muqueux du gland et du prépuce, soupçons d'épithélioma, amputation; au microscope, inflammation simple avec hyperplasie du tissu sous-muqueux, par Peters. (*N. York surg. Soc.*, 8 nov.) — Priapisme, causes et traitement, un cas remarquable, par Dawson (*Med. News*, 15 janv. 1887.) — Emphysème du scrotum, par H. Gehle. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 septembre.) — Lymphangiome du scrotum, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 8 nov.)

Géographie méd. — Maladies des climats tropicaux, par Maclean. (In-8°, *Londres*.) — Sur l'entérocolite chronique endémique des pays chauds, par Bertrand et Fontan. (*Arch. de méd. navale*, nov.) — Note sur l'ulcère phagédénique des pays chauds, par Petit. (*Ibid.*, nov.) — Rapport sur l'état sanitaire de Séoul, Corée, par Allen. (*Ibid*, nov.) — Commentaires sur les maladies des Indes, par Chevers. (In-8°, *Londres*). — Souvenirs d'un séjour à Sainte-Marie de Madagascar, par Poulain. (*Thèse de Lyon.*) — Topographie médicale du Rio-Nunez (côte occidentale d'Afrique), par Besson. (*Thèse de Montpellier*, n° 5.) — Des maladies du nord du Groenland, par Hastrup. (*Hospitals Tidende*, 11 août.)

Glaucome. — Cinq cas dans lesquels l'iridectomie, pratiquée pour glaucome sur un œil, arrêta le processus glaucomateux dans l'autre œil, par Landesberg. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 16 oct., p. 430.) — Obs. cliniques sur le glaucome, par Bjerrum. (*Hospit. Tidende*, IV, p. 110.) — Cause probable de la vision des cercles colorés dans le glaucome, par Dobrowolsky. (*Arch. of ophthalm.*, XV, n° 3, p. 267.)

Goutte. — Traitement de la goutte rénale, par Huchard. (*Semaine méd.*, 8 déc.) — Pathologie de la goutte, par Mendelssohn. (*New York med. Journal*, 7 août.)

Greffe. — Transplantation de la peau de grenouille sur une plaie bourgeonnante de brûlure, par Dubousquet-Laborderie. (*C. R. de la Soc. de biologie*, 4 déc.)

Grippe. — Grippe et pneumonie, par Ménétrier. (*Thèse de Paris*, 29 janv., 1887. — Note sur une observation d'épanchement pleural survenu à la période terminale d'une grippe intense, par Roques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 décembre.)

Grossesse. — Étude de l'ovulation pendant la grossesse, par Negri et Parona. (*Ann. di Ostetricia*, août.) — Rapports entre l'état du sang chez les femmes enceintes et la composition du liquide amniotique, par Fehling. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 août.) — Recherches sur la pathologie de la grossesse, par Klotz. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIX, 3.) — Influence réciproque du traumatisme et de la grossesse, par Gaulard. (*Bull. méd. du Nord*, janv.) — Traitement de la sialorrhée de la grossesse, par Julius Schramm. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 843, 6 décembre.) — Du diagnostic précoce de la grossesse, par Mackee. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 6 nov.) — Des douleurs expulsives typiques pendant la grossesse, par Schatz. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.) — Obs. de grossesse prolongée (319 et 317 jours), par Rossie et Thompson. (*Amer. journ. of obst. journ.*, fév.) — Note sur l'auscultation simultanée des cœurs des deux fœtus dans la grossesse gémellaire, par A. Mayor. (*Revue méd. Suisse romande*, VI, 690.) — Des placentas multiples dans la grossesse simple, par Ribemont-Dessaignes. (*Ann. de gynécol.*, janv. 1887.) — Rupture de l'uterus gravide, par Sarchi. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 juillet.) — Grossesse extra-utérine, mort d'hémorragie interne avec

rupture partielle du sac, par MUNDÉ. (*Obst. soc. of N. York*, 7 déc.) — Grossesse extra-utérine abdominale terminée par ulcération spontanée du rectum et par évacuation des débris d'un fœtus à terme, par R. BROWNE. (*Lancet*, 2 octobre.) — Grossesse extra-utérine arrêtée par le courant galvanique, par GOELET. (*New York med. Journal.* 4 déc., p. 631.) — Grossesse extra-utérine interstitielle, par TRUSH. (*Transact. of obst. Soc. of Cincinnati*, 16 sept.) — Grossesse extra-utérine avec rupture de la trompe, laparotomie, fistule péritonéo-rectale ultérieure; guérison, par O'HARA. (*Obst. Gaz.*, juin.)

Gynécologie. — Traité de gynécologie, par HART et BARBOUR. (In-8°, *Edimbourg.*) — Impressions sur la gynécologie allemande et anglaise, par J.-D. EMMET. (*New York med. Journal*, 14 août.) — La gynécologie à l'Hôtel-Dieu de Paris, par GALLARD. (*Ann. de gynécol.*, déc.) — Notes de pratique gynécologique rurale, par A. TÉPLIACHINE. (*Méd. Obst.*, n° 13.) — Technique de l'exploration et de la thérapeutipue gynécologiques, par C. BREUS. (*Wien. med. Presse*, n° 38, p. 1225.) — De l'emploi de la gaze iodoformée en gynécologie, par FRITSCH. (*Samml. kl. Vorträge*, n° 288.) — Du tampon à la glycérine dans la thérapeutique gynécologique, par HÜLLMANN. (In-8°, *Neuwied.*)

H

Helminthiase. — Des parasites des animaux domestiques à Buenos-Ayres, par WERNICKE. (*Deut. Zeit. f. Thiermed.*, XII, 4 et 5.) — De la filaire du sang, par E. GIRAUD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tricocéphale et développement d'ascarides, par GRASSI. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 5.) — Sur l'ankylostome duodénal, par WILHELM SCHULTHESS. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 novembre.) — Un cas de migration d'un grand nombre de lombrics dans les voies biliaires et le foie, par KARTULIS. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 3.) — Deux cas de pseudo-helminthes rendus par les garde-robes et constitués par des larves de diptères encore vivantes après leur traversée du tube digestif, par HEUSINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 juillet.)

Hématome. — Hématocèle rétro-utérine survenue à la suite d'une fausse couche de 6 semaines : évacuation spontanée par le vagin; abcès enkysté du péritoine consécutif à l'hématocèle; ouverture de la paroi abdominale; guérison, par TURGARD. (*Ann. de gynécol.*, déc.) — De l'hématocèle péri-utérine, par GUSSEROW. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 3.) — Etiologie et traitement des hématocèles pelviennes, par BYFORD. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, n° 9.) — Leçon clinique sur l'hématocèle pelvienne, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 30 octobre.) — Epanchement sanguin considérable dans la région fessière, traité avec succès par la ponction aspiratrice, par REALE. (*Lancet*, 18 déc.)

Hémophilie. — Notes cliniques sur l'hémophilie, par OLIVER. (*Lancet*, 18 septembre.) — Un cas d'hémophilie héréditaire avec histoire généalogique poursuivie pendant cinq générations, par FR. TREVES. (*Lancet*, 18 sept.)

Hémorragie. — Du traitement des hémorragies pulmonaires, par SEIZ. (In-8°, *Heidelberg.*) — Influence de l'état général des malades sur la production des hémorragies secondaires, par HEYDENREICH. (*Soc. méd. de Nancy*, 13 janv.) — Hémorragie grave consécutive à la rupture de l'hymen par le

coït, par ROZANOFF. (*Med. Obosr.*, n° 10.) — L'hémorragie utérine peut-elle dépendre d'une maladie des reins? par ALFRED HOSMER. (*Boston med. Journ.*, 25 octobre.)

Hémorroïdes. — Deux cas d'hémorroïdes traités par les injections d'acide phénique, par READING. (*Med. News*, 30 oct.)

Hernie. — Trois cas de hernies diaphragmatiques chez des mort-nés, par ROUX. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 700.) — Hernie diaphragmatique chez un homme de 27 ans, par LALLEMENT. (*Assoc. franç.; Cong. de Nancy*). — Forme rare de hernie diaphragmatique; déplacement du rein (?), par C. SICK. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.) — Hernie scrotale gauche formée par le cœcum, par M. VON ARX. (*Corr. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er déc.) —Contribution à l'étiologie des hernies ombilicales, par G. SACHS. (*Med. Obosr.*, n° 17.) — Défense de la théorie des valvules dans l'étranglement herniaire, par ROSER. (*Cent. f. Chir.*, n° 46.) — Hernie étranglée avec relation de 33 kélotomies (17 inguinales, 13 morts; 15 crurales, 7 morts; 1 ombilicale, 1 mort), par CONNER. (*Med. News*, 4 déc.) — Phénomènes d'étranglement dans un cas de hernie exclusivement épiploïque, par SONTHAM. (*Lancet*, 14 août.) — De la réduction des hernies abdominales, par ALEXÉIÉVSKY. (*Jég. klin. Gazeta*, nos 27 à 28.) — Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et ad-ombilicales non étranglées, par TERRIER. (*Rev. de chir.*, 10 déc.) — Du pincement latéral de l'intestin et des hernies diverticulaires étranglées, par GERMA. (*Thèse de Montpellier.*) — A propos d'une observation de hernie ombilicale étranglée. Kélotomie suivie de guérison, par ROHMER. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — Laparotomie dans le cas d'étranglement d'une hernie réduite avec le sac, par WARD. (*Lancet*, 31 juillet.) — Du danger des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'étranglement herniaire, par ROUTIER. (2e *Cong. franc. de chir.*) — Sur la cure radicale des hernies étranglées, par F. HUE. (*Normandie médicale*, 1er décembre.) — Cure radicale d'une hernie ventrale, par K. MAYDL. (*Wien. med. Presse*, n° 40, p. 1298.) — Deux observations de cure radicale de hernies, par PETERS. (*New York surg. Soc.*, 8 nov.) — Cure radicale des hernies épigastriques, par BONNET. (*Thèse de Paris*, 7 janvier 1887.)

Herpès. — Sur la valeur diagnostique de l'herpès fébrile, par SPILLMANN. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

Histologie. — Traité d'histologie et d'anatomie microscopique de l'homme, par STÖHR. (In-8° avec pl., *Iéna*.) — Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique, par BOLLES SEES et HENNEGUY. (In-8°, *Paris*, 1887.) — Traité pratique de micrographie appliquée à la botanique, à la zoologie, à l'hygiène et aux recherches cliniques, par GIRARD. (In-8°, *Paris*.) — De la formation de vésuvine dans les tissus, et de la métaphénylendiamine pour colorer les cellules, par UNNA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 2.)

Hôpitaux. — Les dispensaires pour enfants malades, par A. FOVILLE. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.) — Hôpitaux pour maladies infectieuses, par JOHN EATON. (*Sanitary Record.*, p. 362, février). — Les asiles de convalescents en Allemagne, par GUTTERBOCK. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 fév.) — Un projet d'hospice rural, par O. DU MESNIL. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 127.) — Rapport, par CHEYSSON. (*Idem*, p. 252.) — Projet de pavillon d'isolement, par F.-A. CASTLE. (*New York. med. Journ.*, 25 sept.)

Hydatide. — Kyste hydatique de la glande thyroïde, par GALLOZZI. (*La Riforma med.*, 15 déc.) — Kyste hydatique du poumon gauche, par LIMPÉROPOULO.

(*Soc. anat.*, 25 juin.) — Kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction aspiratrice, par Troisier. (*Société médicale des hôpitaux*, 24 nov.) — Kyste hydatique du bord supérieur et de la face convexe du foie, guéri par simple ponction, par Millard. (*Ibid.*, 24 nov.) — Guérison de kystes hydatiques, par la ponction capillaire, par Sevestre. (*Ibid.*, 8 déc.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 873, 13 déc.) — Laparotomie pour un grand kyste hydatique du foie, par Conti. (*Raccoglit. med.*, nº 10.) — Enorme kyste hydatique du rein ; laparotomie ; guérison, par Bouilly. (*Gaz. méd. des hôp.*, 16 déc.)

Hygiène. — La réforme de l'administration sanitaire en France, par A.-J. Martin. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 545.) — Le musée d'hygiène de Berlin, par Richard. (*Ibid.*, VIII, 1017.) — Rapport sur la création de musées d'hygiène, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, VIII, 589.) — Rapport sur les projets de loi et règlements relatifs à l'assainissement de Paris, par E. Deligny. (*Ibid.*, VIII, 94.) — Les projets d'assainissement du Havre, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, VIII, p. 1.) — Second rapport adressé au ministre du commerce sur la prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestilentielles exotiques, par A. Proust. (*Ibid.*, VIII, 721.) — L'administration sanitaire dans les diverses paroisses de Londres, par Louis Parkes. (*Sanitary Record.*, avril et mai.) — Condamnation d'un médecin à Sunderland, pour avoir négligé de déclarer à l'autorité sanitaire un cas de maladie contagieuse. (*Ibid.*, p. 465, mars.) — Défauts de la législation sanitaire anglaise, par Alfred Carpenter. (*Ibid.*, avril et mai.) — L'Association sanitaire de Dublin, par Grimshaw. (*Ibid.*, p. 441, mars.) — Les recommandations de la commission royale pour le logement des classes laborieuses, en tant qu'affectant la situation des médecins sanitaires, par E.-C. Scaton. (*Ibid.*, p. 336, janvier.) — Résultats économiques de l'application des mesures d'hygiène pendant une période de 13 ans, par Richard Domenichetti. (*Ibid.*, juillet.) — Comment les autorités locales se dispensent d'appliquer les lois sanitaires en Angleterre, par Alfred Wright. (*Ibid.*, juillet.) — Conditions sanitaires des villes du district houiller, par Gresswell. (*Ibid.*, juin.) — Les conférences d'hygiène à Bayswater. (*Ibid.*, p. 379, février.) — L'état de Paris au point de vue de l'hygiène, par D.-J. Ebbetts. (*Ibid.*, juin et août.) — Difficultés éprouvées par les médecins sanitaires dans leur lutte contre les maladies épidémiques, par Goldie. (*Ibid.*, p. 551, mai,) — Les conditions sanitaires du port de Ramsgate. (*Ibid.*, p. 537, mai.) — L'enquête gouvernementale sur les conditions sanitaires de Mile End (London). (*Ibid.*, p. 389, février.) — Note sur les travaux d'assainissement de la ville de Naples, par Canovetti. (*Rev. d'hyg.*, IX, nº 1.) — Recueil de travaux du laboratoire d'hygiène de l'Université de Moscou, par F. Erisman. (*Moscou*, 1re livraison.) — Le territoire de Woronège au point de vue sanitaire, par A. Weinberg. (*Woronège.*) — L'état sanitaire de Mexico, par Didama. (*New York med. Journ.*, 16 oct.) — De la fatigue et du surmenage, au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, par Keim. (*Thèse de Lyon*, nº 347.) — Des lois hygiéniques et des conditions sanitaires de Rome ancienne, par Rodolfo Lanciani. (*Boston med. Journ.*, 9 décembre.) — Devoirs sanitaires du médecin d'hôpital, par Schwartz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 734, 18 octobre.) — La nouvelle épizootie du gibier et de son importance pour l'hygiène, par Ferdinand Hueppe. (*Ibid.*, novembre.) — La salubrité des édifices et des villes, par E. Trélat. (*Rev. scient.*, 25 déc.) — Etablissements insalubres, incommodes et dangereux ; législation, jurisprudence, etc., par Bunel. (In-8º, 2e édit., *Paris.*) — Eclairage des lieux de travail, par H. Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 octobre.) — De l'éclairage électrique dans ses rapports avec l'hygiène des habitations, par Sambuc. (*Rev. d'hyg.*, IX, nº 1.) — La réglementation sanitaire des

habitants à New-York, par A.-J. MARTIN et L. MASSON. (*Ibid.*, VIII, 320.) — Dispositions et installations des lycées et collèges ; le lycée Lakanal, par DE BAUDOT. (*Ibid.*, VIII, 602.) — Les habitations ouvrières, par E. CHEYSSON. (*Ibid.*, VIII, 656.) — L'aérage et le chauffage des habitations, par EMILE TRÉLAT. (*Ibid.*, VIII, 471.) — La vacherie suisse à Turin, par BOURRIT. (*Ibid.*, VIII, 1035.) — Note sur l'assainissement d'un atelier de vulcanisation du caoutchouc, par HUDELO. (*Ibid.*, VIII, 996.) — Dangers des tuyaux de cheminée en poterie. Note sur un cas d'asphyxie carbonique dans une chambre sans feu, par EUGÈNE ORY. (*Ibid.*, déc.) — Assainissement des terres par des plantations d'eucalyptus, par BERTHERAND. (*Journ. de pharm.*, 1er déc.) — Les asiles de nuit à Paris, par V. DU CLAUX. (*Annales d'hyg. publ.*, XV, 193.) — Les cantines scolaires à Birmingham. (*Sanitary Record.*, p. 331, janvier.) — Les logements insalubres de Windsor. (*Ibid.*, p. 311, janv.) — Habitations insalubres à Calcutta. (*Ibid.*, p. 329, janvier.) — Maison à conduites d'eaux sales mal installées, par MAURICE DAVIS. (*Ibid.*, p. 327, janv.) — L'association pour la création de jardins publics à Londres. (*Ibid.*, p. 379, février.) — De la responsabilité des propriétaires de maisons insalubres. (*Ibid.*, p. 378, février.) — Ventilateurs de feutre, par GOROKHOVTZEFF et par B.-G. MOEDEN. (*Ibid.*, p. 491, avril.) — Les logements de pauvres à Dublin, par MICHAEL DAVITT. (*Ibid.*, p. 356, février.) — Logements ouvriers modèles de 3 pièces. (*Ibid.*, p. 446, mars.) — Les lieux d'aisances dans les districts pauvres de Londres, par LOUIS PARKES. (*Ibid.*, p. 496, avril.) — Logements ouvriers modèles à Dublin. (*Ibid.*, p. 552, mai.) — Origine de certaines affections zymotiques se succédant dans une maison isolée, par JOHN EATON. (*Ibid.*, p. 525, mai.) — Les causes des mauvaises odeurs du palais de Westminster. (*Ibid.*, p. 573, juin.) — Ventilation des maisons d'habitation. (*Ibid.*, p. 589, juin.) — Les logements pauvres de Bethnal-Green (Londres). (*Ibid.*, juillet.) — Les restaurants économiques pour écoliers et ouvriers, à Gateshead. (*Ibid.*, p. 584, juin.) — Projet de loi sur la vente frauduleuse de beurres artificiels, par GEORGE BARHAW. (*Ibid.*, p. 333, janvier.) — Comptes rendus trimestriels des chimistes publics, chargés de l'analyse des denrées falsifiées. (*Ibid.*, janvier, février, mars, mai.) — Rapports trimestriels des chimistes chargés officiellement des analyses des substances alimentaires en Angleterre. (*Ibid.*, juillet.) — L'utilité de l'inspection obligatoire de la viande de porc, par RUPPRECHT. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLII, p. 111.) — Le plâtrage des vins devant le comité d'hygiène, par RICHARD. (*Rev. sanit. de Bordeaux.*) — La réfrigération, par A. COLLINEAU. (*Annales d'hyg. publ.*, XVI, 70.) — L'infection du sol et la nappe souterraine, par LONGUET. (*Union médicale*, 2 déc.) — Influences climatiques et épidémiologiques des oscillations de la nappe d'eau souterraine à Berlin et à Munich, par SOYKA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 734, 18 octobre.) — La purification de la Tamise, souillée par les égouts de Londres. (*Sanitary Record*, p. 315, janvier.) — Projet d'épuration des eaux d'égout de Cheshunt. (*Ibid.*, p. 332, janvier.) — Vidanges, égouts et eaux potables, à Séville. (*Ibid.*, p. 331, janvier.) — Projet d'aménagement des eaux d'égout de Richmond. (*Ibid.*, p. 330, janvier.) — Drainage et ventilation du tunnel de la Mersey. (*Ibid.*, p. 393, février.) — Lavage et ventilation des égouts. (*Ibid.*, p. 380, février.) — Les nouveaux égouts de Teignmouth, par LAKE. (*Ibid.*, p. 499, mars.) — De la succion des gaz d'égout par les conduites d'eaux potables ; une cause féconde de fièvre typhoïde, par HORACE SWETE. (*Ibid.*, p. 435, mars.) — Cabinets d'aisances et urinoirs des stations de chemins de fer. (*Ibid.*, p. 419, mars.) — Les égouts et les terrains d'irrigation de Stratford-sur-Avon, par ALFRED-T. DAVIS. (*Ibid.*, p. 417, mars.) — L'épuration des eaux d'égout d'Essen par la méthode de RÖCKNER et ROTHE. (*Ibid.*, p. 504, avril.) — Ventilation des

égouts londonniens. (*Ibid.*, p. 501, avril.) — Traitement des eaux d'égout à Londres. (*Ibid.*, p. 489, avril.) — L'association sanitaire de Manchester et Salford. (*Ibid.*, p. 487, avril.) — Le système d'égouts séparés, par R.-F. Grantham. (*Ibid.*, p. 502, avril.) — La question des eaux d'égout de Londres. (*Ibid.*, juillet.) — Construction et ventilation des égouts, par F.-H. Tulloch. (*Ibid.*, juillet.) — Le dépôt mortuaire de Hornsey, par T. de Courcy Meade. (*Ibid.*, p. 332, janvier.) — Transport des morts dans l'Illinois. (*Ibid.*, avril.) — Les explosifs et les explosions considérés au point de vue de l'hygiène professionnelle, de la sécurité publique et de la médecine légale, par Layet. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, nº 71.) — Note relative aux autorisations temporaires accordées aux établissements classés, par G. Drouineau. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 582.) — La prostitution en Angleterre, par Lutaud. (*Annales d'hyg. publ.*, XV, p. 414 et 511.) — Les bateaux-lavoirs, par V. du Claux. (*Ibid.*, XVI, p. 5.) — De l'enlèvement et du transport des immondices et des ordures ménagères, par O. du Mesnil. (*Ibid.*, XVI, 179.) — Le pavage en bois en Australie. (*Sanitary Record*, p. 342, janvier.) — De la valeur pratique des étuves à désinfection, par Vinay. (*Lyon méd.*, 26 déc.)

Hygroma. — Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien et, en particulier, du traitement par l'incision antiseptique, par Goulon. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — De l'hygroma prérotulien et de son traitement par les injections de chlorure de zinc, par Favardin. (*Thèse de Paris*, 29 janvier 1887.) — Hématome résultant de la rupture d'un hygroma prérotulien, par Weinlechner. (*Soc. des médecins de Vienne*, 26 nov.) — Hygroma prérotulien calcifié ; extirpation ; guérison, par Routier. (*Progrès médical*, 25 décembre.)

Hypnotisme. — Magnétisme et hypnotisme, par Gessmann. (In-8º, *Vienne.*) — Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, par Azam ; préface de Charcot. (In-16, *Paris.*) — Le mécanisme de la suggestion mentale, par Ruault. (*Rev. philos. de la France,* XI, nº 12.) — Considérations générales sur l'état hypnotique, par J. Brullard. (*Thèse de Nancy.*) — De l'hypnotisme et de la suggestion, par Sicard. (*Thèse de Montpellier.*) — De la prohibition des scènes publiques d'hypnotisme, par Lombroso. (*Arch. di psichiat.*, VII, nº 5.) — Souvenirs latents et suggestions à longue échéance, par M. Bernheim. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.) — Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué, par P. Janet. (*Rev. philos. de la France*, XI, nº 12.) — Dissociation expérimentale dans l'état d'hypnotisme et à l'état de veille des phénomènes psycho-moteurs, par Bérillon. (*Assoc. franç.; Congrès de Nancy.*) — Observations de suggestion thérapeutique, par Fontan et Sigard. (*C. R. de la Soc. de biologie*, 27 nov.) — De l'hypnotisme comme agent thérapeutique des névroses, par Ventra. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 234.) — De l'influence hypnotique et de ses divers degrés, par Bernheim. (*Revue de l'hypnotisme,* nº 8.) — Du rôle de la suggestion dans la pratique journalière, par Bouyer. (*Ibid.*, I, nº 7.) — Classification des degrés du sommeil provoqué, par Liébault. (*Ibid.*, I, nº 7.) — Les variations de la personnalité, par Bourru et Burot. (*Ibid.*, I, nºs 7 et 8.) — Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et chez les enfants au-dessus de 3 ans, par Liébeault. (*Assoc. franç. ; congrès de Nancy.*) — La suggestion hypnotique au point de vue médico-légal, par Thomas. (*Annales d'hyg. publ.*, XV, 553.)

Hystérie. — Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes, par Oseretzkowsky. (*Arch. de neurol.*, XII, nº 36.) — Un cas d'hystérie chez l'homme,

par FREUD. (*Soc. des méd. de Vienne,* 26 nov.) — Deux cas d'hystérie chez l'homme avec sensation de boule hystérique, par LEMOINE. (*La Province médicale,* 18 déc.) — Hystérie chez l'homme ; rapports de l'hystérie et du traumatisme, par VALLAS. (*Ibid.*, 18 déc.) — Note sur un cas de paralysie hystérique consécutive à un rêve, par CH. FÉRÉ. (*C. R. de la Soc. de biologie.,* 20 nov.) — Des zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens, par LICHTWITZ. (*Rev. mens. de laryng.*, déc.) — Monoplégie brachiale gauche avec anesthésie cutanée et amyotrophie, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 nov.) — De l'hématémèse non cataméniale d'origine hystérique, par OLLIVIER. (*Assoc. franç. ; congrès de Nancy.*) — Amourose hystérique, par SOUS. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 nov.) — Affections hystériques des muscles oculaires, par BOREL. (*Arch. d'ophtalmologie,* VI, n° 6.) — Cas d'hystérie masculine, par SIEGFRIED ROSENBERG. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 670, 4 octobre.) — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique, par G. BURCKHARDT. (*Rev. médic. Suisse romande,* VI, 735.) — Un cas d'hystérie traumatique, par G. BURCKHARDT. (*Ibid.,* VI, 591.) — De la catalepsie idiopathique, par C. PICOT. (*Ibid.*, VI, 628 et 633.) — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie gastrique, par BURKART. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 avril.) — Hystéro-épilepsie ; castration ; guérison, par ERNST BÖHNI. (*Corr. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Guérison de l'hystérie par la castration, par AUG. FOREL. (*Ibid.*, 1er septembre.)

I

Ichthyose. — Deux cas d'ichthyose généralisée, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 août.) — Ichthyose congénitale, par LASSAR. (*Ibid.*, p. 836, 29 novembre.)

Idiotie. — Asiles-écoles pour les imbéciles et les idiots, par MORSELLI. (*Ibid.*, p. 242.) — Éducation des idiots et leurs asiles, par GILIFORTI. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 242.) — Simulation de l'idiotisme, par Y. HIRCHSON. (*Arch. psichiatr. i neirologuii*, nos 1 et 2.)

Inanition. — Le jeûne et les jeûneurs, par GLEY. (*Rev. scientif.*, 4 déc.) — Des échanges gazeux chez les chiens soumis au jeûne, par POSAGÉNY. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*)

Infection. — Étiologie des maladies par infection, par BRAZZOLA. (In-8°, *Milan.*) — Influence du refroidissement et des modifications de la température sur les maladies infectieuses, par KUSEVANGEL. (*Cent. f. Chir.*, n° 45.) — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, par BOUCHARD, leçons recueillies par LE GENDRE. (In-8°, *Paris.*) — De l'influence de la profession sur l'aptitude à la contagion infectieuse, par POPANDOPOULO. (*Thèse St-Pétersbourg.*) — Des infections combinées, par E. ROTH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, p. 913.) — L'infection chirurgicale est-elle une chimère? par G.-R. FOWLER. (*New York med. Journal*, 20 nov.) — Des œdèmes infectieux accompagnés ou non d'éruptions polymorphes, par CÉNAS. (*Loire méd.,* 15 déc.)

Inflammation. — Les altérations du tissu cellulaire sous-cutané dans l'inflammation, par SCHELTEMA. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, p. 461.)

Injection. — Des préparations de vaseline antiseptique en injections sous-

cutanées, par Ley. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 janv.) — Nouvelles formules d'antiseptiques injectables, par Meunier. (*Bull. de thér.*, 30 janv. 1887.) — De la thérapeutique intra-parenchymateuse en général, par Lépine. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 592.) — Des inhalations et des injections d'acide carbonique, par Dupont. (*Bull. de thérap.*, 15 janv. 1887.)

Intestin. — Production et répartition du calorique dans le tube intestinal, par Lamb et Lubarsch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.) — Rapports chirurgicaux de la région iléo-cœcale, par J. Gaston. (*Journ. of amer. med. assoc.*, p. 393, 9 oct.) — Atrésie de la portion initiale du jéjunum chez un nouveau-né, occasionnée par une entéropéritonite intra-utérine. Iléus. Mort le 8e jour, par Kirchner. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 juillet.) — Phlegmon iliaque causé par une perforation de l'intestin grêle. Mort, par Péchade. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, déc.) — Plusieurs cas de perforation de l'appendice cœcal et d'obstruction intestinale, par E.-W. Cushing. (*Boston med. Journ.*, 16 décembre.) — Discussion sur les plaies par armes à feu de l'intestin. (*N. York state med. Associat.*, 16 nov.) — Blessure de l'intestin par empalement. Guérison, par Aubert. (2e *Cong. franç. de chir.*) — Résection de l'intestin grêle pour hernie gangrenée, par Postempscki. (*Bull. Accad. di Roma*, juin.) — Rétrécissement pylorique, par Gerhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 septembre.) — Extirpation d'un cancer du pylore, par Socin. (*Corres. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Résection du gros intestin pour anus contre nature, par Julliard. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 633.)

Iris. — Forme particulière de troubles de la motilité de l'iris, par J. Salpó. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 896, 20 décembre.) — De la formation d'une pupille artificielle, par Schœler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 789, 15 novembre.) — Asymétrie chromatique de l'iris considéré comme stigmate névropathique, par Féré. (*Progrès médical*. p. 892.) — Étiologie de l'iritis séreuse (scrofule), par Couturier. (*Assoc. franc. Congrès de Nancy*.) — Indications de l'iridectomie, par Pinel-Maisonneuve. (*Thèse de Paris*, 27 janv. 1887.)

K

Kyste. — Des kystes dermoïdes du plancher buccal, par Reclus. (*Gaz. hebdom.*, 4 février 1887.) — Extirpation d'un kyste congénital du cou chez un enfant de trois semaines, par Alsberg. (*Soc. méd. de Hambourg*, 23 fév.) — Énucléation sous-cutanée des tumeurs dermoïdes du sourcil, par Rolland. (*Gaz. hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, 31 oct.)

L

Lacrymales (Voies). — Larmes de sang, par de la Pena. (*El Siglo med.*, 9 mai.)

Lait. — L'approvisionnement de lait à Birmingham. (*Sanitary Record*, p. 488, avril.) — Protection du lait contre la contamination, et mesures nécessaires pour maintenir la pureté du lait fourni aux villes, par Wynter Blyth et Alfred Spencer. (*Ibid.*, p. 436, mars.)

Langue. — Sur des terminaisons nerveuses dans la muqueuse et dans l'épithélium de la langue des mammifères, par ROSENBERG. (*Sitz. der kais. Ak. der Wiss. Wien,* Bd XCIII, H. 1 *bis*, V.) — Les glandes folliculeuses de la base de la langue et leur hypertrophie, par SWAM. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 504.) — Deux cas de glossite aiguë, par TOTHERICK. (*Lancet*, 16 octobre.)—De la tuberculose linguale, par G. FEURER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 août.) — Ulcère tuberculeux de la langue traité avec succès par l'excision, par JACKSON. (*Lancet*, 4 septembre.) — Extirpation de la langue, du plancher buccal et des glandes sous-maxillaires pour un cancer, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 22 déc.) — Extirpation d'un cancer de la langue, par AUG. REVERDIN. (*Revue médic. Suisse romande,* VI, 587.) — Deux cas d'épithéliome lingual opérés avec succès par la méthode de Sédillot, par RIVINGTON. (*Lancet*, 7 août.)—Nouvelle méthode pour extirper la langue entière au moyen de l'écraseur simple ou galvanique, par ALB. PURCELL. (*Lancet*, 18 septembre.)

Laparotomie. — De la laparotomie comme moyen de diagnostic, par GAILLARD THOMAS. (*Med. News*, 11 déc.)—Cinquante laparotomies, par J.-B. HUNTER. (*New York med. Journal*, 14 août.) — Des douleurs persistantes après la laparotomie, par HUNTER. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 16 oct.) — Laparotomie pour plaie de l'estomac par coup de pistolet, perforations de l'intestin grêle passées inaperçues, mort, par BRIDDON. (*N. York surg. Soc.*, 8 déc.)—Hernie ventrale suite de laparotomie, par WYLIE. (*Americ. journ. of Obstet.*, janv. 1887.) — Névromes multiples de la paroi abdominale consécutifs à la laparotomie, par SIMS. (*Obst. Soc. of N. York*, 2 nov.) — Traitement secondaire des laparotomies graves, par P. MULLER. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — De l'emploi de l'iodoforme dans les laparotomies; accidents d'intoxication, par ELISCHER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVIII, 3.)—Irrigation de la cavité abdominale avec l'eau chaude dans les cas de collapsus pendant la laparotomie, par WYLIE. (*Obst. Soc. N. York*, 7 déc.)

Larynx. — Innervation du larynx, par EXNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 749, 25 octobre.) — Rôle physiologique du muscle aryténoïdien, par MOURA. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er janv. 1887.) — Comptes rendus du dispensaire pour les maladies de la gorge à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, par TACCONIS et MERCANDINO. (*Arch. ital. di laring.*, VI, fasc. 3 et 4.) — Le laryngoscope en médecine, par BRUCE. (*Bristol med. chir. journ.*, IV, nº 13.) — Nouvel appareil d'éclairage pour la laryngoscopie, par SCHADEWALDT. (*Deutsche med. Woch.*, nº 35.) — Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extra-laryngiennes, par P. KOCH. (*Ann. des mal. de l'oreille*, oct.) — Etudes laryngologiques (2 cas de tuberculose, 1 de gomme, 2 de carcinome, 1 de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur), par ROMBERGER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3 et 4.) — De la laryngite sèche, par W. LUBLINSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 787, 8 novembre.) — Laryngite œdémateuse, trachéotomie, glossite terminée par abcès, hémorragie grave linguale, guérison, par D. CHARLES. (*Brit. med. Journ.*, 6 nov.) — Diagnostic différentiel des végétations syphilitiques et tuberculeuses, par ROQUER CASADESUS. (*Rev. de laringol.*, oct.) — Laryngopathie syphilitique non ulcéreuse, par BASSOLS PRIM. (*Rev. de laringol. otol.*, oct.) — Coexistence de syphilis et de tuberculose dans le larynx, par SCHNITZLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 805, 15 novembre.) — Deux cas de sténose laryngée consécutive à la fièvre typhoïde, par ORTH. (*Deutsche med. Woch.*, nº 25, p. 503.) — Tumeurs (polypes) tuberculeuses du larynx, par ARIZA. (*Rev. de med. y cirugià*, 22 sept.) — De la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, par MASINI. (*Boll. d. mal. dell'orecchio*,

mai.) — Le traitement de l'asphyxie dans le croup par la méthode de O. Dwyer, et le tubage du larynx en Amérique, par Eloy. (*Union médicale*, 30 décembre.) — Paralysie des dilatateurs de la glotte et non-contracture des constricteurs, par Semon. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 749, 25 octobre.) — Valeur du diagnostic clinique dans un cas de paralysie des adducteurs de la corde gauche, par A. Trifiletti. (*Arch. ital. di laring.*, VI, 3 et 4.) — Paralysie de la corde vocale gauche d'origine douteuse, par F. Felici. (*Arch. ital. di laring.*, VI, 3 et 4.) — Du pseudo-croup (corps étranger du larynx), par Bardeleben. (*Cent. f. Chir.*, n° 44.) — Quelques nouveaux remèdes dans les maladies des voies aériennes supérieures, par Shurly. (*New York med. Journal*, 11 sept.) — Mort occasionnée par des arêtes de hareng introduites accidentellement dans le larynx chez un enfant de 3 ans 1/2, par Donners. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, nov.) — Corps étranger avalé perforant le larynx. Pseudo-croup. Trachéotomie. Mort par inanition, par E. Köhl. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Luxation du cartilage cricoïde, par Butt. (*Lancet*, 17 juillet.) — Contribution à l'étiologie des fractures du larynx, par Hofman. (*Wiener med. Woch.*, n° 44.) — Le galvanocautère dans le traitement des papillomes du larynx, par Mac Coy. (*Med. News*, 1er janvier 1887.) — Note sur un cas d'oblitération d'une large fistule laryngée (admettant l'extrémité du pouce), par Abbe. (*N. York surg. Soc.*, 22 déc.) — Nouveau procédé pour l'extirpation des tumeurs sous-glottiques (serre-nœud monté sur forceps), par Jarvis. (*N. York med. Journ.*, 27 nov.) — Un cas de cancer primitif du larynx, par O. Masini. (*Arch. ital. di laring.*, VII, 1.) — Épithélioma de la corde vocale gauche; extirpation partielle du larynx, par Butlin. (*Clin. Soc. of London*, 12 nov.) — Extirpation du larynx pour un épithélioma, par H. Morris. (*Clinical Soc. of London*, 12 nov.) — Extirpation partielle du larynx pour un épithéliome du ventricule gauche de Morgagni, par Semon. (*Ibid.*) — Extirpation partielle du larynx pour un épithélioma, guérison, par Browne. (*Med. Press and circ.*, 22 déc.) — Extirpation (excision) du larynx pour tumeur maligne, par Newman. (*Glasgow med. Journ.*, nov.) — Opérations pratiquées sur le larynx, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er novembre et décembre.) — L'extirpation totale du larynx, par Salomone. (*Thèse de Paris.*) — Observations sur l'origine réelle du murmure dit vésiculaire, à propos d'un cas d'extirpation du larynx, par J. Coats. (*The Lancet*, 3 juillet.)

Lèpre. — Préparation de bacilles léprosiques, par E. Arning. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 806, 15 novembre.) — Les masses bacillaires de la lèpre ne sont pas des cellules, par P.-G. Unna. (*Arch. f. path. An.*, CIII, H. 3, p. 553.) — Cas de lèpre, par Shepherd. (*Med. chir. Soc. of Montreal*, 3 déc.) — Étude de la lèpre dans les provinces baltiques en Russie, par Paulson. (In-8°, *Dorpat.*) — Sur la contagiosité de la lèpre, par Abraham. (*Annals of surgery*, II, n° 4.)

Lèvre. — Cancroïde de la lèvre et chlorate de potasse, par Liégeois. (*Bull. méd. des Vosges*, janv. 1887.)

Lichen. — Sur la question du lichen, par Unna. (*Monats f. prakt. Dermat.*, V, n° 12.) — Sur la question du lichen, par Unna; réponse de Brocq. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 10.) — Lichen rouge moniliforme, par Kaposi. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIII, 4.)

Lipome. — Des lipomes intramusculaires, par Ribet. (*Thèse de Paris*, 23 déc.)

Lupus. — Recherches histologiques sur le lupus érythémateux de Cazenave, par Morison. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIII, 4.) — Guérison d'un lupus vul-

gaire par la galvanocaustie, par BRUNA. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.)

Luxation. — De la luxation sous-glénoïdienne, par PASQUE. (*Thèse de Paris*, 29 janv. 1887.) — Luxation complète du coude en dehors, par BATTISCOMBE. (*Lancet*, 28 août.) — Un cas de luxation congénitale de l'extrémité supérieure du radius, par MEELIS. (*Lancet*, 7 août.) — Un cas de fractures multiples (fracture de l'humérus, de deux côtes, et de l'extrémité interne de la clavicule avec luxation en haut), par A. KŒHLER. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 33, p. 549, 16 août.) — Luxation du coude, compliquée. Guérison complète, par L. BOBEK. (*Wien. med. Presse*, nº 50, p. 1626.) — Observation d'une variété rare de luxation carpienne. (Luxation du semi-lunaire et du scaphoïde), par FORGUE. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 1, 1887.) — De la thérapeutique des luxations congénitales de la hanche, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, 1887, nº 4.) — Du traitement curatif de la luxation congénitale de la hanche, par MARGARY-MOTTA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août.) — Du mécanisme de la luxation de la hanche en arrière, par H. MORRIS. (*Lancet*, 18 décembre.) — Luxation ancienne du genou en arrière, par KAREWSKI. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Luxation du pied en arrière sans fracture, par DOGGETT. (*Med. News*, 18 déc.)

Lymphatiques. — Remarques sur la régénération et la néoformation des glandes lymphatiques, par BAYER. (*Zeit. f. Heilk.*, VII, 5 et 6.) — Sur la régénération partielle des ganglions lymphatiques, par BACIALLI. (*Gaz. d. ospitali*, oct.) — Hypertrophie d'un membre par obstruction lymphatique, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 8 nov.) — Tumeurs variqueuses lymphatiques, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 8 nov.) — Les adénopathies trachéo-bronchiques, par GRANCHER. (*Rev. des mal. de l'enf.*, janv. 1887.) — Des lymphangites et adénites tardives, par JOUET. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Adénite inguinale idiopathique, par E. MORY. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Lymphangite axillaire avec lymphorragie ou mamelles surnuméraires avec sécrétion lactée? par A.-H. JOHNSON. (*Boston med. Jour.*, 9 décembre.) — Lymphadénie intestinale, par GILLY. (*Thèse de Paris*, 16 déc.) — Du lymphadénome, par BROUSSES et GÉRARDIN. (In-4º, 148 p., *Paris.*) — Scrofule et tuberculose, extirpation des ganglions lymphatiques tuberculeux, par CASATI. (*Broch.*, *Rome.*)

M

Main. — La main et le pied par BARDELEBEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 729, 18 octobre.) — Pseudarthrose d'une phalange de la main, par BOSTRŒM. (*Ibid.*, p. 891, 20 décembre.) — Doigts surnuméraires chez un Zoulou, par F. K. STŒKLY. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Doigt à ressort, 4 cas par ABBE. (*N. York surg. soc.*, 8 nov.)

Malformation. — Recherches sur les malformations congénitales des extrémités, par EHRLICH. (*Arch. f. path. Anat. C. Heft* 1.) — Malformation congénitale du carpe et du tarse chez quatre membres d'une même famille, par RICHARD. (*Journ. de l'Anat. et de la Physiologie*, sept. 1885.) — Un cas d'absence congénitale du tibia, par BUSACHI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, sept.) — Absence de la main gauche par arrêt de développement, par P. PUECH. (*Montp. méd.*, décembre.) — Malformation du cœur, poumon rudimentaire, par FERGUSON. (*N. York med. Record*, 1er janv. 1887.)

Observation de vagin double, par DAVILLER. (*Bull. méd. des Vosges*, janv. 1887.) — Utérus et vagin double, sur le vivant, par LANDOWSKI. (*Bull. soc. d'anthrop.*, IX, 3.) — Rapport sur un cas d'hermaphrodisme, par ALB. BENOIST, HIPP. DURAND et TH. DUBELLAY. (*Annales d'hyg. publ.*, XVI, 84.)

Mamelle. — Physiologie et pathologie du sein et de ses ganglions lymphatiques, par CREIGHTON. (In-8°, *Londres.*) — Ecoulement chronique par la mamelle (sorte de colostrum sanguinolent), par BOND. (*Med. News.*, 25 déc.) — De la lymphangite mammaire pendant la lactation, par CERNÉ. (*Normandie médicale*, 15 novembre). — Tumeur squirreuse du sein, par BOUILLY, (*Gaz. des hôp.*, 1 janv. 1887.) — Indications opératoires dans le cancer du sein, par MOLLIÈRE. (*La prov. méd.*, 22 janv. 1887.)

Massage. — Appareils pour le massage, par FLASHAR. (*Cent. f. Chir.*, n° 43.) — Thérapeutique par le massage, par ZABLUDOWSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 28 juin.) — Des méthodes, bonnes et mauvaises, de massage, par MILLS. (*The Polyclinic*, oct.) — Du traitement par la gymnastique et le massage, par NEBEL. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 286.) — Du traitement de la constipation par le massage abdominal, par BERNE. (*Journ. de méd. de Paris.* 2 janv. 1887.) — Traitement des arthrites fongueuses par le massage, par NIEHANS. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er août.)

Maxillaire. — Traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par STOERK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 766, 1er novembre.) — Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires, par MAGITOT. (2e *Cong. franç. de chir.*) — Résection pour ankylose de la mâchoire, par LANGE. *Idem*, par GERSTER. (*N. York surg. soc.*, 25 oct.) — De la résection du condyle de la mâchoire dans les cas de trismus par ankylose, par DAVY. (*Lancet*, 18 septembre.) — Tumeur des deux maxillaires supérieurs, ostéo-sarcome? fillette de 13 ans, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 22 nov.) — Épithéliome secondaire de la mâchoire inférieure; opération ; guérison, par HEATH. (*Lancet*, 10 juill.)

Médecine (Hist.) — Des expériences *in anima nobili* au XVIe siècle. — Les statuts anciens des pharmaciens, par CORRADI. (*Ann. univ. di med.*, août et sept.) — La médecine aux États-Unis, par BILLINGS. (*New York med. Journal*, 14 août.) — Documents pour servir à l'histoire de l'Université de médecine de Montpellier, par DUBOUCHET. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, 1887, n° 4.)

Médecine légale. — De l'intervention du médecin dans les affaires civiles ou criminelles sur la demande de la défense, par LACASSAGNE. (*La Province méd.*, 15 janv. 1887.) — Application de la photographie à la médecine légale, par GOSSE. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 578.) — Des empêchements au mariage et de l'hermaphrodisme en particulier, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 1er janv. 1887.) — Hermaphrodisme, impuissance, type infantile, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 18 janv. 1887.) — Des cicatrices cutanées au point de vue médico-légal, par VIOLETTE. (*Thèse de Lyon*, n° 345.) — Égratignure que l'enfant se fait avant de naître, par AHLFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 juillet.) — Avortement à 5 mois; raclage consécutif de l'utérus s'accompagnant d'une triple perforation restée inaperçue; injections de perchlorure de fer. Mort. Condamnation du médecin à 2 mois de prison. (*Ibid.*, 5 juillet.) — Des statistiques criminelles, par ROSSI. (*Arch. di psichiatria*, VII, n° 5.) — Le traitement antiseptique envisagé dans ses rapports avec la responsabilité légale des médecins, par DENEKE. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLV, p. 96.) — Prétendus attentats aux mœurs, tuberculose des voies urinaires, par FISCHER. (*Ibid.*, XLV, p. 271.) — Rapport sur

l'état mental d'un inculpé accusé de détournements, par JAUMES. (*Montpellier méd.*, décembre.) — Affaire Lombardi; suicide combiné d'assassinats par une mère sur ses enfants, par LADAME. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, I, nº 5.) — Des attentats à la pudeur et des viols sur les enfants, législation, statistique, par GARRAUD et BERNARD. (*Ibid.*, I, nº 5.) — De la statistique criminelle en Italie, par BODIO. (*Ibid.*, I, nº 5.) — Variations thermométriques et criminalité, par FERRI. (*Ibid.*, II, nº 7.) — Consultation sur l'examen d'un cadavre retiré de la Theiss, par HOFMANN. (*Ibid.*, I, nº 6.) — Oscillations thermométriques et délits contre les personnes, par COLAJANNI. (*Ibid.*, I, nº 6.) — Positivisme et criminalité, par TARDE. (*Ibid.*, II, nº 7.) — Relation de l'affaire Lombardi; suicide combiné d'assassinats commis par une mère sur ses enfants, par LADAME. (*Ibid.*, II, nº 7.) — Le secret professionnel en médecine, par LACOMBE. (*Annales d'hyg. publ.*, XV, 552.) — Du secret médical. Discussion de la société de médecine légale de France. (*Ibid.*, XV, 436.) — Les sorciers de Lorient en 1736, par CLOSMADEUC. (*Ibid.*, XV, 439.) — Analyse des rapports médico-légaux relatifs à l'affaire Peltzer, par MASBRENIER. (*Ibid.*, XV, p. 442.) — Rapport à la société de médecine légale sur la création d'une société de déontologie médicale, par HORTELOUP. (*Ibid.*, XV, 154.) — Strangulation d'un enfant de 19 mois. Déchirure incomplète de la paroi du ventricule gauche. Ulcération de l'endocarde. Anévrismes du cœur, par MONIER. Rapport, par BROUARDEL. (*Ibid.*, XV, 77.) — Outrage public à la pudeur. Consultation médico-légale, par MOTET. (*Ibid.*, XV, 202.) — Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques causées par l'abstinence de la dose habituelle du poison. Vol à l'étalage. Rapport médico-légal, par PAUL GARNIER. (*Ibid.*, XV, 302.) — Sur la résistance de la colchicine à la putréfaction, par J. OGIER. (*Ibid.*, XV, p. 445.) — Les aberrations du sens génésique chez l'homme, par TARNOWSKY. (*Berlin*, 1886.) — Analyse, par REUSS. (*Ann. d'hyg.*, XVI, 125, 239 et 309.) — De la désorganisation des substances organiques pour la recherche de l'arsenic, par KUPFFERSCHLAEGER. Réponse au précédent, par P. BROUARDEL et G. POUCHET. (*Ibid.*, XV, 173 et 177.) — Rapport à la société de médecine légale sur un cas d'infanticide, par J. SOCQUET. (*Ibid.*, XV, 165.) — Affaire Pel. Accusation d'empoisonnement. Relation médico-légale, par P. BROUARDEL et L. L'HÔTE. (*Ibid.*, XV, 12 et 106.) — Rapport sur un cas d'accouchement avec perforation de la vessie. Question de responsabilité médicale, par PINARD. (*Ibid.*, XV, 159.) — Rapport à la Société de médecine légale sur des troubles psychiques attribués à la morsure d'un chien supposé enragé, par MOTET. (*Ibid.*, décembre.)

Médecine militaire. — Le recrutement de l'armée suisse d'après les documents les plus récents, par LOMBARD. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 137.) — Des ambulances en baraques, par BÉCOUR. (*Bull. méd. du Nord*, janv.) — Observations chirurgicales prises dans l'hôpital militaire de Moscou, par A. KORMILOFF. (*Méd. Obosr.*, nº 13.) — Le sanatorium de l'île de Port-Cros en 1886, par ANNEQUIN. (*Arch. de méd. milit.*, nov.)

Mélanose. — Contribution à la connaissance des matières colorantes dans les tumeurs mélaniques, par MÖRNER. (*Nord. med. Ark.*, nº 19.)

Méninge. — Observation de méningite basilaire, par WINNER. (*Therap. Gaz.*, 15 janv. 1887.) — De la méningite ossifiante, par MESCHEDE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 895, 20 décembre.) — La méningite cérébro-spinale dans la ville d'Ismaïl, par A. FRILESSKY. (*Jégén. klin. Gazeta.*, nºs 23 à 25.) — Abcès œsophagien provenant d'une méningite cérébro-spinale, par HALE-WHITE. (*Brit. med journ.*, 973, nov.) — De la méningite tuberculeuse à forme de délirium tremens, par FORNAS. (*Thèse de Paris*, 6 janv. 1887.) — Note sur le traitement de la méningite tuberculeuse par l'iodure et le bromure de

potassium par L. Oberlin. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.) — Un cas de cancer métastatique de la dure-mère spinale, par Rybalkine. (*Wratch.*, n° 11.)

Menstruation. — Quelques mots sur les causes et le but du processus menstruel (revue critique très complète), par Feoktistow. (*Arch. f. Gynæk.*, XXVII, *Heft* 2.) — Imperforation de l'hymen et rétention des menstrues, par H. Davy. (*Lancet*, 18 décembre.) — Hémorragie supplémentaire par les grandes lèvres, par Harkin. (*Lancet,* 30 octobre.) — Observation de menstruation supplémentaire, par Wright. (*Obst. soc. of Cincinnati*, 21 oct.) — Des troubles de la menstruation dans la tuberculose pulmonaire, par Galibert. (*Thèse de Montpellier.*) — Étiologie de la dysménorrhée membraneuse, par Löhlein. (*Zeit. f. Geburts.*, XII, 2.)

Migraine. — L'antipyrine dans la migraine, par Ungar. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 45.)

Moelle. — Coloration par le bleu de Chine des fibres de la moelle, par Galli. (*Arch. di psichiat.*, VII, n° 5.) — Sur une fonction dite psychique de la moelle, par H. Girard (sens musculaire). (*Rev. médic. Suisse romande*, VI, p. 432.) — Traité des maladies de la moelle et du cerveau, par Seeligmüller. (In-8°, *Brunswick.*) — Dégénérescence descendante et ascendante de la moelle consécutive à la compression cervicale, par Codeluppi. (*Riv. sper. di freniatria*, XII, 3, p. 225.) — Sclérose en plaques, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 23 déc.) — De la sclérose en plaques, par Adamkiewikz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 892, 20 décembre.) — De la pseudoparalysie aiguë du bulbe, par H. Oppenheim et E. Siemerling. (*Ibid.*, p. 791, 15 novembre.) — Ataxie locomotrice avec crises laryngées, par Landgraf. (*Ibid.*, 20 septembre.) — Ataxie locomotrice annoncée par une arthropathie et une paralysie des cordes vocales, par Ed. Krauss. (*Ibid.*, p. 744, 25 octobre.) — Arthropathie tabétique, par Rotter. (*Ibid.*, p. 836, 29 novembre.) — De l'arthropathie tabétique, par Rotter, Virchow, Bernhardt, Juergens. (*Ibid.*, p. 851, 6 décembre.) — Cas d'arthropathie tabétique, par Bensch, Westphal, Virchow. (*Ibid.*, p. 870, 13 décembre.) — Sur un cas d'arthropathie tabétique coïncidant avec une tuberculose articulaire, par W. Roser. (*Ibid.*, 5 juillet.) — Un cas d'arthropathie tabétique, par M. Kosinetzoff. (*Méd. Obosr.*, n° 17). — Des mouvements choréiformes et de l'athétose chez les ataxiques, par Audry. (*Rev. de méd.*, janv. 1887.) — Leçon clinique sur la paraplégie ataxique, par Gowers. (*The Lancet*, 3 juillet.) — Tubercules de la moelle lombaire et du corps restiforme, par Schultze. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 août.) — Tumeur de la protubérance et de la moelle allongée, par Mac Gregor. (*Lancet*, 11 décembre.) — Observation d'hémisection traumatique de la moelle cervicale par instrument tranchant, par Vincent. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 31 oct.)

Monstre. — Monstre acardiaque, par Koch. (*Arch. f. Gynæk.*, XXVI, 2.) — Sur 2 cas de tératologie, par Louis Sentex. (1er cas : pseudo-hermaphrodisme apparent. Hypospadias péno-scrotal compliqué d'imperforation de l'urètre et d'absence des testicules; 2e cas : phocomélie du membre supérieur gauche avec ectrodactylie. (*Annales. d'hyg. publ.*, XVI, p. 362.) — Naissance d'un monstre nosencéphalien, par Lardier. (*Soc. méd. de Nancy*, 27 janv.) — Un monstre cyclocéphalien rhinocéphale, par Saussol. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, septembre.) — Note sur un monstre pseudencéphalien, par Bimar. (*Ibid.* nos 30 et 33.)

Mortalité. — Statistique, mortalité post-opératoire, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 8 fév. 1887.)

Morve. — Un cas de morve chronique chez l'homme, par Kernig. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 3.) — Un cas de morve chez l'homme, par P. Sklifossovsky. (*Méd. Obosr*, n° 22.)

Muscle. — Comment les fibres musculaires en voie de développement s'unissent aux fibres nerveuses, par Trinchese. (*Arch. ital. de biol.*, VII, 3.) — Des muscles rouges et des muscles blancs chez les rongeurs, par Ranvier. (*Acad. des sciences*, 3 janv. 1887.) — Sur la régénération des muscles lisses, par H. Stilling et W. Pfitrner. (*Arch. für mikr. Anat.*, XXVIII, H. 4.) — Influence de l'éther sur quelques phénomènes électro-moteurs des muscles et des nerfs, par W. Biedermann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 736, 18 octobre.) — Pouvoir réfringent des fibres musculaires chez le vivant, par Sigm. Exner. (*Ibid.*, 736, 18 octobre.) — Formation d'acide lactique dans les muscles en activité de la grenouille, par Rochmann. (*Ibid.*, p. 785, 8 novembre.) — Influence des sels de calcium et de potassium sur le muscle, par S. Ringer. (*Journ. of physiol.*, VII, 4.) — Myosite calleuse primitive des muscles du mollet, par Kreiss. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 877, 20 décembre.) — August Maul, l'homme-muscles (hypertrophie universelle du système musculaire), par Laquer. (*Ibid.*, 26 juillet.) — Un cas d'absence du muscle demi-membraneux, par G. Sperino. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juin.) — Observation d'un cas singulier de spasme musculaire diffus, par Testi. (*Giorn. di neuropatol.*) — De la pseudo-hypertrophie musculaire, par Hashimoto. (*Zeit. f. klin. med.*, XII, 3.) — Trois cas de maladie de Thomsen, par Nearonoff. (*Med. prib. morsk. sbornik.*, juin.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive, par Wladimir Roth. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 11 déc.) — Atrophie musculaire progressive avec symptômes bulbaires, par Birdsall. (*N. York neurol. Soc.*, 7 déc.) — De la contracture secondaire des muscles de la face, par Foucher. (*Thèse de Paris*, 24 déc.)

Myopie. — Étude sur la myopie, par Stilling. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 296.) — De l'influence des verres concaves et de la convergence des axes oculaires sur l'accroissement de la myopie, par Fœrster. (*Arch. of ophth.*, XV, n° 4.)

Myxœdème. — Cas de myxœdème, par Westphal. (*Berlin. klin Woch.*, p. 726, 18 octobre.) — *Idem.*, par L. Riess. (*Ibid.*, p. 881, 20 décembre.) — Un cas de myxœdème avec autopsie, par Barling. (*Lancet*, 20 novembre.)

N

Nerf. — L'appareil de soutien de la myéline dans les fibres nerveuses périphériques, par Cattani. (*Arch. ital. de biol.*, VII, 3.) — Technique pour la coloration des nerfs, par J. Pal. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 619.) — Sur le trajet des nerfs gustatifs, par L. Heusner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 758, 1er nov.) — Sur les nerfs dilatateurs de la pupille chez le chat, par Przybylski. (*Arch. slaves de biol.*, II, n° 3.) — Origines du nerf acoustique, par C. von Monakow. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 589.) — La terminaison des nerfs dans l'organe électrique, par Krause. (*Intern. Monats. f. Anat und Hist.*, p. 285.) — Recherches anatomiques sur l'anastomose du médian et du cubital à l'avant-bras, par F. Curtis. (*Intern. Monats. f. Anat. und Hist.*, p. 309.) — Expériences de la section intracranienne du trijumeau, par Schiff. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 593.) — Recherches sur la formation des fibres nerveuses, par His. (*Ibid.*, VI, 593.) — Les modifications des

extrémités nerveuses pendant les inflammations, par M. Grossmann. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 603.) — Dégénération et centre trophique des nerfs. Examen critique des opinions émises sur leur nature ; applications, par S. Arloing. (*Soc. de biologie*, 27 nov.) — Deux cas d'hémiatrophie faciale, par Penzoldt. (*Münch. med. Woch.*, 6 avril.) — Pathologie des douleurs de la région frontale, par Ouspensky. (*Jéjénedelnaïa klin. Gazeta*, n° 11. — Paralysie radiale ; paralysie du circonflexe, paralysie du plexus brachial, par Eichhorst. (*Corresp. Blatt schweizer Aerzte*, 15 déc.) — De la température locale dans les paralysies du nerf cubital, par Julius Hess. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Paralysie temporaire du nerf radial au début de l'ataxie locomotrice, par A. Strumpell. (*Ibid.* 13 septembre.) — Les névrites périphériques dans le tabes dorsalis, par J.-L. Prévost. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 649.) — Un cas de névrite multiple avec paralysie bilatérale du facial et symptômes bulbaires, par V. Kanonnikov. (*Med. Obosrénié*, n° 20.) — Des déformations de la région fessière et en particulier de l'abaissement du pli fessier comme élément de diagnostic de la sciatique, par Pitiot. (*Thèse de Lyon*, n° 340.) — Soixante cas de sciatique traités par l'application des courants continus, par Steavenson. (*Lancet*, 17 juillet.) — La coexistence de la névrite multiple avec la myélite ou l'encéphalite; par Mills. (*Philad. neurolog. Soc.*, 22 nov.) — Névralgie et périarthralgie, par Mathieu. (*Progrès médical*, 4 déc.) — Deux cas de névrome traumatique du médian, résection et suture, par J.-L. Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 578 et 580.) — Sarcome du nerf poplité interne, par Hume. (*Lancet*, 21 août.) — Présentation d'un malade ayant subi la suture primitive et directe du nerf médian ; dégénérescence, par Bouisson. (*C. R. de la soc. de biologie*, 4 déc.) — Des opérations sur les nerfs, par Maurice H. Richardson. (*Boston med. journ.*, 21 octobre.)

Nerveux (Syst.) — Recherches expérimentales relatives au système nerveux central, par Fürstner. (*Berlin. klin. Woch.*, 773, 8 nov.) — Modification de la méthode de Weigert, pour la coloration des tissus du système nerveux central, par Gray. (*Med. news*, 6 nov.) — De la force nerveuse, par Hale White. (*Lancet*, 24 juillet.) — Des impulsions locomotrices systématisées, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 18 déc.) — Diagnostic général des maladies nerveuses, par Mœbius. (In-8°, *Leipzig.*) — Des conditions d'admission dans les maisons de santé où les malades atteints d'affections nerveuses sont traités en liberté, par Hecker. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 août). — Des troubles de la vue et des autres sens spéciaux dans certaines affections du système nerveux, par L. Finkelstein. *Wratch*, n° 1.)

Névrose. — Les altérations des nerfs, cause de névrose, par Moritz Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 737, 25 oct.) — Des névroses générales d'origine oculaire, par Hewetson. (*Lancet*, 27 nov.) — Influence des récents tremblements de terre de Charleston sur la santé, par Porcher. (*Med. news*, 11 déc.) — Idem, par Guiteras. (*Ibid.*, 8 janv. 1887.) — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et des effets de la pharyngite chronique (2 obs.), par Luigi de Gennaro. (*Arch. ital. di laring*, VI, 3 et 4.)

Nez. — Remarques sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par Schleicher. (*Ann. soc. de méd. d'Anvers*, sept.) — Des déviations de la cloison nasale et de leur traitement, par Hubert. (*Inaug. diss. Munich.*) — Les déviations de la cloison des fosses nasales, par Lœwy. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 816, 22 nov.) — Du rétrécissement des fosses nasales causé par l'étroitesse des mâchoires et la position anormale des dents, par Eysell. (59e *réun. des natur. allem.*, 21 sept.) — Ulcère variqueux de la partie inférieure et postérieure de la cloison nasale, par Gongora. (*Rev. de laringol.*

otol. Barcelone, nov.) — Du catarrhe nasal aigu et chronique et de ses rapports avec le coryza névrosique, par HERZOG. (In-8°. *Graz.*) — Forme mixte non décrite du catarrhe atrophique et hypertrophique, son traitement, par LOGAN. (*Americ. rhinol. assoc.*, 5 oct.) — Du catarrhe rétronasal chronique, par TORNWALDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p.804, 15 nov.) — Quelques cas assez rares (congénital) de perforations de la cloison nasale, par SCHMIEGELOW. (*Rev. mens. de laryng.*, nov.) — Anatomie pathologique de l'ozène simple vrai, par HABERMANN. (*Zeit. f. Heilkunde*, VII, 5 et 6.)— Étude clinique des complications auriculaires de l'ozène, par WYSS. (*Inaug. Diss. Genève.*) — Considérations sur l'ozène, son traitement par les tubes de caoutchouc, par CHAVÉRIAT. (*Thèse de Montpellier*, n° 1.) — De l'acide chromique et de l'acide trichloro-acétique dans le traitement de l'hypertrophie nasopharyngée, par BROWN. (*Americ. rhinol. assoc.*, 5 oct.)— Les névroses réflexes dans les maladies du nez et de l'arrière-cavité des fosses nasales, par L. RÉTHI. (*Wien. med. Presse*, n° 37.) — Deux cas d'accès asthmatiques chez des emphysémateux guéris par l'ablation de polypes qui obstruaient les fosses nasales, par MICHELSON, J. SCHREIBER, NAUNYN. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.) — Des névroses réflexes d'origine nasale, par MOURE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 déc.) — Quelques variétés d'obstruction nasale (ecchondrose, déviations de la cloison...), par WRIGHT. (*Manchester med. chronicle*, juillet.) — Calculs nasaux, par KÖHLER, MORELLI, SCHLENIGER, SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p.804, 1er nov.)— Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par NOQUET. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) Sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par COLLET. (*Thèse de Lyon.*) — Des végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale, par E. LEVY. (*Rev. méd. de l'Est*, XIX, n° 1.) — Des polypes nasaux, par P. HEYMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 et 16 août.) — De la transformation de polypes muqueux en tumeurs malignes, carcinomateuses ou sarcomateuses, par BAYER. (59e *réun. des natural. allem.*, sept.)— Polype naso-pharyngien, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 nov.) — Fibromo naso-pharyngien, par MENOCAL. (*Rev. de med. y cirugia.* déc.) — Polype fibro-muqueux des arrière-narines, morcellement de la tumeur, extirpation sans opération préliminaire, par CHATELLIER. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er déc.) — Extirpation d'un polype naso-pharyngien par l'écraseur galvanique, par SANDS. (*New York surg. soc.*, 22 déc.) — Sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par A. CLAVERIE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tumeur osseuse vésiculeuse formée aux dépens d'un cornet du nez, par GLOSMACHER. (*Berlin. klin. Woch.*, XXI, n° 36.)— Sarcome pulsatile des fosses nasales de l'antre d'Highmore et de l'orbite, par HIGGENS. (*Guy's hosp. rep.*, XLIII, p. 91.) — Carcinome de l'antre d'Hyghmore, compliqué de deux polypes muqueux des fosses nasales, ablation; guérison, par JOHN B. HAMILTON. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 4 déc.) — Un cas de rhinosclérome, par JANOVSKY. (*Wiener med. Presse*, n° 13.) — Examen d'un cas de rhinosclérome, bacilles de Paltaux, par DRESCHFELD. (*Manchester path. soc.*, 13 octobre.) — Le galvano-cautère dans la chirurgie du nez et de la gorge, par E. CASSELBERRY. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 9 oct., p. 412.)

Nutrition. — Du rôle de l'eau dans la nutrition, par CALLAMAND. (*Thèse de Paris*, 16 déc.) — Influence du jeûne, du travail et de la température sur les échanges moléculaires, par GRANDIS. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août.)

O

Obésité. — Le traitement d'Œrtel à Méran, par MAZEGGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 734.)

Occlusion intestinale.—De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin, par HALLÉ. (*Rev. de chir.*, janv. 1887.) — Deux cas rares d'invagination intestinale aiguë, par J. THOMAS. (*Lancet*, 25 décembre.) — Rétrécissement du rectum; obstruction intestinale complète durant deux mois sans accidents graves; proctotomie; guérison, par HARRISON CRIPPS. (*Lancet*, 4 septembre.)—De l'intervention opératoire dans les cas d'obstruction chronique de l'intestin grêle, par KNAGGS. (*Lancet*, 9 octobre.) — Traitement de l'invagination par injection d'air dans l'intestin et par massage abdominal, par CHEADLE. (*Lancet*, 23 octobre.) — Deux laparotomies pour occlusion intestinale, par WYLIE. (*N. York Acad. of med.*, 4 nov.)

Œdème. — Des œdèmes aigus chirurgicaux, par CASTELLI. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'étude des œdèmes infectieux accompagnés ou non d'éruptions polymorphes, par CÉNAS. (*Loire médicale*, 15 décembre.) — De l'œdème dur, par E. FINGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.)

Œil. — Étude des nerfs dilatateurs de la pupille chez le chat, par PRZIBILSKI. (*Thèse de Varsovie.*) — Études d'anatomie comparée sur l'appareil de l'accommodation dans l'œil des oiseaux, par W. CANFIELD. (*Arch. für mik. Anatomie, Band* XXVIII, *Heft* 2.) — Recherches anatomo-physiologiques sur le ganglion ophtalmique, par JEGOROW. (*Arch. slaves de biol.*, II, n° 3.) — Sur la cause des troubles dans la nutrition de l'œil qui surviennent après la section de la 5e paire, par SCHIFF. (*Arch. des sciences phys.*, XVI, n° 11.) —Des stries lumineuses elliptiques perçues par l'œil, par GUNTHER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.) — Observations sur les rapports qui existent entre l'accommodation et la convergence, par SECONDI. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, août.) — Appareil pour la démonstration de la réfraction et de l'accommodation, par L. HOWE. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 259.) — De la stéréoscopie par différence de couleurs, par DONDERS. (18e *Congrès d'ophth. Heidelberg.*) — Note sur les ophtalmotonomètres, par GALEZOWSKI. (*Archives slaves de biologie*, t. II, fasc. I.)— Ophtalmoscope binoculaire électrique, par GIRAUD TEULON. (*Acad. de médecine*, 7 décembre.) — Verres cylindriques aniso-dioptriques, par EXNER. (18e *Congrès d'ophthalmologie*, *Heidelberg.*) — De l'application de la méthode graphique aux recherches sur la pression intra-oculaire, par BELLARMINOFF. (*Bonn.*) — Nouvelle méthode pour déterminer l'angle γ entre les droites passant par la ligne de regard et le centre de la cornée, par UHTHOFF. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, août.) — Phénomènes subjectifs dans les maladies des yeux. Phénomènes subjectifs de lumière et de couleur, par G.-A. BERRY. (*Edinb. med. Journ.*, p. 298.) — Anomalie congénitale du pôle postérieur de l'œil, par BIRNBACHER. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 257.) — Un nouveau cas de colobome central ou maculaire, par VAN DUYSE. (*Annales d'oculistique*, XCVI, nos 3 et 4, p. 139.) — Des anomalies congénitales des yeux, par LANDESBERG. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, oct.) — L'examen des malades en ophtalmologie, par GAYET. (*La Province méd.*, 4 déc.) — Les opérations à la seconde clinique ophtalmologique de Vienne pendant l'année scolaire 1884-85, par V. REUSS. (*Wien. med. Presse*, nos 48 et suiv.) — Traité pratique des maladies des yeux, par MEYER. (*Paris*,

3e édit.) — Revue des travaux russes relatifs à l'ophtalmologie en 1885, par F. Tévetzky. (*Méd. Obosr.*, n° 22.) — Hémianopsie bitemporale, par Waitzfelder. (*N. York neurolog. Soc.*, 2 nov.) — Paralysie congénitale ou absence du muscle droit supérieur de l'œil gauche, atrophie de tous les muscles palpébraux, par Armaignac. (*Rev. clin. d'ocul.*, n° 11.) — Étude sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire, par G. Martin. (*Annales d'oculistique*, XCVI, 1 et 2, p. 5.) — Observation d'un cas de névrite optique suivie de guérison, par de Mets. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juillet-août.) — Avis du comité prussien sur le traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Schrœder. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, avril, p. 345.) — Ophtalmie variolique chez un enfant de 15 jours, cécité consécutive à une irido-choroïdite, énucléation de l'œil droit, par Mandet. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, n° 18, 9 sept.) — Le micro-organisme de l'ophtalmie dite égyptienne, trachoma coccus, par Michel. (*Arch. of ophth.*, XV, n° 4.) — De l'ophtalmie des nouveau-nés, par E. Cohn, Hegar, Frank, Korn, Schatz et Gusserow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 784, 8 novembre.) — Guérison de l'ophtalmie purulente en 48 heures, par Gorecki. (*Le Praticien*, 6 septemb.) — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Dehenne. (*Union médicale*, 2 déc.) — Le jéquirity dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par Grasselli. (*Boll. d'oculist.*, n° 12.) — De la panophtalmie. Ses causes, sa prophylaxie, son traitement, par Rolland. (*Paris.*) — Note sur un traitement simple de la panophtalmie, par Chibret. (*Arch. d'ophtalmologie*, VI, n° 6, p. 546.) — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique, par Gifford. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 281.) — Des névropathies oculaires, par Cuignet. (*Recueil d'ophtalmologie.*) — De l'emploi de l'eau chaude dans le traitement de l'ophtalmie purulente, par Heyl. (*Arch. of ophtalm.*, XV, n° 3.) — Contribution à la thérapeutique de l'ophtalmie sympathique, par Landesberg. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, oct.) — De l'ophtalmotomie ou sclérotomie postérieure, par Galezowski. (*Recueil d'opht.*, n° 10.) — Nouvelle terminologie pour désigner les insuffisances musculaires en ophtalmologie, par G.-T. Stevens. (*New York med. Journal*, 4 déc., p. 624.) — Ossification de la trochlée du muscle grand oblique de l'œil, par Giacomini. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, août.) — Sur un nouveau mode de pansement oculaire, par Chevallereau. (*Rev. clin. d'oculist.*, juillet.) — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis, par Badal. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 4, p. 301.) — Exophtalmie traumatique : cause inconnue, par J.-H. Thompson. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 30 oct.) — Des affections parasitaires de l'œil, par Zehender. (*Ophthalmic Soc. of the Unit. Kingdom*, 13 nov.) — Un cas d'exophtalmie traumatique par coup de feu dans la bouche, par A. Kœhler. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.) — De l'antisepsie dans les affections des yeux, par Schumann. (In-8°, *Berlin.*) — De l'antisepsie dans l'énucléation du globe oculaire, par Couzefeyte. (*Thèse de Paris*, 18 déc.) — De la cocaïne dans l'ophtalmie blennorragique, par Leahy. (*Indian med. Gaz.*, juillet.) — De la section du nerf optique et des nerfs ciliaires au lieu de l'extirpation de l'œil, par C. Bell Taylor. (*The Practitioner*, nov.) — Énucléation dans un cas de panophtalmie suivie de mort, par Hoby. (*Americ. Journ. of ophth.*, juin.) — Huit énucléations d'œil atteint de panophtalmie sans antisepsie, pas de méningite, par Alt. (*Americ. Journ. of ophth.*, juin.) — Greffe oculaire, par Rohmer. (*Congrès de chirurgie*, 22 octobre.) — Énucléation et exentération de l'œil, par Schweigger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 857, 13 décembre.) — Études et expériences sur la transplantation du globe de l'œil, par Denti. (*Gaz. d. ospitali*, n° 94.) — Nouvelle seringue pour le lavage intra-oculaire, par Panas. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 5, p. 471.)

Œsophage. — Rétrécissement de l'œsophage, par Sands. (*N. York surg. Soc.*, 22 déc.) — Les différents modes de traitement des rétrécissements de l'œsophage, par Courtin. (*Journ. de la Soc. roy. de Bruxelles*, et *broch.*, *Bruxelles.*) — Du rétrécissement de l'œsophage. Leçon de S. Botkine. (*Jégéned. klin. Gazeta*, nº 31.) — Deux cas d'œsophagotomie pour l'extirpation de dentiers, par Berns. (*Nederl. Tydsch. voor Geneesk.*, 4 déc.)

Olfaction. — Contribution à la structure de l'organe olfactif chez le lapin, par Lœwe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 805, 15 novembre.) — De l'odorat chez les fous, par Venturi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 238.)

Ongle. — Nouveau procédé pour l'extirpation des ongles incarnés, par H. Secretan. (*Rev. médic. Suisse romande*, VI, 759.)

Orbite. — Kystes de l'orbite, par Panas. (*Acad. de médecine*, 14 décembre.) — Deux cas de microphtalmie avec kystes de l'orbite, par V. Reuss. (*Wien. med. Presse*, nº 41, p. 1329.) — Tumeur anomale de l'orbite, par Bickerton. (*Lancet*, 11 décembre.)

Oreille. — De l'anatomie de l'oreille, par Gruber. (59e *réunion des natur. allem.*, 18 sept.) — Propriétés physiologiques des fibres de la corde du tympan chez l'homme, par P. Novitzky. (*Méd. Obosr.*, nº 11.) — Sur la fonction du muscle tenseur du tympan, par J. Pollak. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 555.) — Développement anormal du pavillon de l'oreille, par Ménière. (*Rev. mens. de laryng.*, p. 677, 1er déc.) — Observations otologiques, par A. Eitelberg. (*Wien. med. Presse*, p. 1465, nº 45.) — Sur les altérations de l'ouïe chez les employés des chemins de fer, par Lichtenberg. (59e *réunion des natural. allem.*, 18 sept.) — Rôle protecteur des cellules mastoïdiennes à l'égard du tympan dans les cas de changements brusques de la pression atmosphérique, par Eysell. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 838, 29 novembre.) — Valeur diagnostique de l'épreuve auriculaire de Rinne, par Rohrer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 839, 29 novembre.) — Toux et autres phénomènes réflexes d'origine auriculaire, par Grazzi. (*Broch.*, *Florence.*) — Trois cas d'otite hémorragique, par Gellé. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er déc.) — Exemple de surdité unilatérale croisée d'origine centrale, par J. Kaufmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.) — Nécrose du limaçon, par Hartmann. (59e *réun. des natur. allem.*, 21 sept.) — Nécrose labyrinthique et paralysie faciale, par Bezold. (In-8º, *Wiesbaden.*) — Otite moyenne suppurée avec convulsions épileptiformes, par Trautmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 839, 29 novembre.) — Un cas de suppuration mastoïdienne simulant un abcès intra-cranien, par Cokerill. (*Lancet*, 6 novembre.) — Otite purulente chronique, nature et traitement, par C. Burnett. (*Med. News*, 30 oct.) — Des affections du labyrinthe causées par la méningite cérébro-spinale, par Steinbrugge. (59e *réunion des natural. allem.*, 18 sept.) — Suppuration des cellules mastoïdes, thrombose du sinus latéral, embolie secondaire, guérison, par Horsby. (*Brit. med. Journ.*, p. 1064, juin.) — Ulcération et perforation du tympan sans douleur, par Buck. (*N. York med. Journ.*, 21 août.) — Plaie des deux oreilles par balle de revolver, extraction des projectiles, troubles oculaires et intellectuels consécutifs, par Rollin. (*Ann. des mal. de l'oreille*, déc.) — Deux lésions traumatiques de l'oreille, par G. Bacon. (*New York med. Journal*, 4 sept.) — Kyste séreux du pavillon de l'oreille, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 11 déc.) — Quelques détails techniques sur la trépanation de l'apophyse mastoïde et son traitement consécutif, par A.-H. Buck. (*New York med. Journal*, 28 août.) — Du tintement d'oreilles et de son traitement par l'électricité, par J. Althaus. (*Lancet*, 31 juillet.) — 100 cas d'ouverture chirurgicale de l'apophyse mastoïde, par A. Lucæ et L. Jacobson. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 septembre.) — De la tré-

panation de l'apophyse mastoïde, par H. Bircher. (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er et 15 août.)—De la pression du tragus comme moyen thérapeutique, par Hommel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 839, 29 nov.) — Nettoyage et désinfection des instruments auriculaires, par Truckenbrod. (*Ibid.*, p. 838, 29 novembre.) — Nouveau procédé pour faire pénétrer l'air dans l'oreille moyenne, par Nicol. (*Arch. de méd. milit.*, nov.)

Organismes inférieurs. — Manuel de bactériologie, par Garbini. (In-8°, *Florence.*)— Des bactéries, par C. Cramer. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Manuel de bactériologie, par Frænkel. (In-8°, *Berlin.*) — Les méthodes de recherches bactériologiques, par Hueppe, traduct. de Biggs. (In-8°, *N. York.*) — Traité de mycologie pathologique, par Baumgarten. (In-8°, *Brunswick.*) — La technique bactérioscopique appliquée à la clinique, par Roux. (*La Province méd.*, 4 déc.) — Recherches sur la présence des bactéries dans l'organisme normal, par H. Zahor. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 343.) — Valeur relative des cultures dans les milieux liquides et solides pour le diagnostic des bactéries, par T. Smith. (*Med. News*, 20 nov.) — Expériences physiologiques sur la résistance des microbes à la chaleur des étuves, par Grancher. (*Revue d'hyg.*, VIII, 182.) — Des propriétés chimico-biologiques des microbes, par Poehl. (*Vratch*, n° 8.) — Des variations horaires des bactéries et de la pureté de l'air de la campagne, par de Freudenreich. (*Arch. des sc. phys.*, XVI, n° 12.) — Des variations horaires des bactéries aériennes, par Miquel. (*Revue d'hyg.*, VIII, 393.) — Sur la filtration des microbes, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 506.) — Des micro-organismes des fermentations, par Jörgensen. (In-8°, *Berlin.*) —Des micro-organismes de la fermentation de l'acide lactique, par Beyer. (*Med. News*, 6 nov.) — Sur les propriétés zymotiques de certains virus. Fermentation des matières azotées sous l'influence de virus anaérobies, par Arloing. (*Acad. des sciences*, 20 déc.)—Les bactéries du sol, par Beumer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, p. 464.)—Observations sur la bactériothérapie, par Zanda. (*Lo Spallanzani*, n° 9.) — Contribution à l'étude des diverses espèces de staphylococcus pyogenes, par Bonome. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet.) —Du staphylococcus pyogenes aureus et du coccus de l'ostéomyélite, par Lübbert. (In-8°, *Wurzbourg.*) — Recherches bactérioscopiques sur les transsudats et exsudats à sérosité, ainsi que sur les kystes sébacés, par C. Garré. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Contribution à l'étude du pneumocoque, par Fatighi. (*Lo Sperimentale*, sept.) — Du bacille de la syphilis et du smegma préputial; recherches sur la coloration du bacille du smegma et du bacille de la tuberculose, par Bitter. (*Arch. f. path. Anat.*, VI, 2.) — Sur les microcoques recueillis dans les scrofulides bénignes, impetigo, acné pilaris, par Duclaux et Boucheron. (*Assoc. française, Congrès de Nancy.*) —Les micro-organismes des lochies normales, par Golgi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 80.) — Des micro-organismes avec le pansement antiseptique au zinc, par Staheli. (*Broch.*, *St-Galle.*) — Le bacille virgule dans un cas mortel de gastro-entérite aiguë, par Stroganoff. (*Russkaïa med.*, n° 1, 1885.) — Recherches sur les germes contenus dans la lanoline, par C. Frænkel. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 5.)

Os. — Analogies du panaris osseux avec l'ostéomyélite infectieuse, par Petit. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Nancy.*) — De l'ostéome du pied et de l'extirpation du calcanéum, par Gross. (*Assoc. franç.*, *Cong. de Nancy.*) — Étude histologique et clinique du sarcome des os, par Courrent. (*Thèse de Montpellier.*) — Sarcome épithélial à grandes cellules provenant de la moelle du fémur, par Hofmokl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 26 nov.) — Des métastases cancéreuses dans les os, par Leuzinger. (*Inaug. Diss. Zurich.*) — Tumeurs

primitivement multiples des os, par F.-Wihl. Zahn. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 580.) — Ostéomyélite du tibia. Ostéotomie tibiale et évidement des os du tarse. Guérison avec raccourcissement et pied équin (sans détails), par H. de Montmollin. (*Rev. médic. Suisse romande*, VI, 449.)—Ostéoclasie ; méthode de Robin, par Auguste Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 572.) — Le sphénomètre, nouvel instrument de précision, dans la chirurgie des os, par M.-J. Roberts. (*New York med. Journal*, p. 574, 20 nov.) — Suture de la rotule, par Alsberg. (*Soc. méd. de Hambourg*, 18 mai.) — La suture des os à fil perdu, par Guermonprez. (*Gaz. des hôp.*, 21 déc.)

Ovaire. — Dosage des matières albuminoïdes dans les liquides kystiques de l'ovaire, par Dumouthier. (*Journ. de pharm.*, 1er déc.) — Étude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire, par H. Lefranc. (*Thèse de Nancy.*) — Kyste dermoïde ovarique, par Dumoret. (*Soc. anat.*, 16 juillet.) — Kyste de l'ovaire ; rupture spontanée de la poche ; guérison, par Callanan. (*Lancet*, 9 octobre.) — Kyste de l'ovaire. Rupture spontanée, mort, par L. Desguin. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juillet-août.) — Observations d'ovariotomie, par Gross. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie, mort par péritonite, par St-H. Serre. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 52.) — Ovariotomie incomplète, guérison relative, généralisation ganglionnaire en voie d'évolution, par Terrier. (*Union médicale*, 28 décembre.) — Ovariotomie pendant la grossesse qui suit son cours, par Mundé. (*Obst. Soc. of N. York*, 2 nov.) — Ovariotomie chez une phtisique enceinte de 4 mois, guérison, amélioration de l'état de la mère, accouchement à terme d'un enfant vivant de 10 livres, par Gardner. (*Med. chir. Soc. of Montreal*, 3 déc.) — Tumeur fibro-sarcomateuse de l'ovaire, par Baer. (*Obst. Soc. of Philad.*, 19 oct.) — 1° Fibro-sarcome de l'ovaire ; 2° rupture d'un kyste de l'ovaire, par Baer. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 6 nov., p. 525.) — Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 14 déc.) — De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux, par Magnin. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — De la castration dans les névroses, par Schröder. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Soins consécutifs aux opérations d'ovariotomie et de laparotomie, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, 15 nov.) — Parotidite consécutive à l'ovariotomie, par Jalland. (*Lancet*, 13 novembre.) — Cas de parotidite suppurée consécutive à l'ovariotomie, par Skene Keith. (*Edinb. med. Journ.*, p. 306.)

P

Palais. — Adénome de la voûte et du voile du palais, par Marone. (*La Riforma med.*, 20 oct.)

Pancréas. — Maladies du pancréas et ileus, par Gerhardi. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.) — Un cas d'hématome du pancréas. Mort en trois jours, par R. W. Amidon. (*Boston med. journ.*, 23 décembre.) — Hémorragies pancréatiques et mort subite, par Draper. (*Boston med. journ.*, 28 oct.)

Pansement. — Paquets à pansements, par Lesser. (*Cent. f. Chir.*, n° 27.) — Du pansement au goudron, par Prokhoroff. (*Vratch*, n° 29.)

Paralysie. — Paralysie de cause psychique, par Suckling. (*Lancet*, 18 septembre.) — Contribution à l'étude des paralysies spinales de l'adulte,

par, A. Combe. (*Thèse Genève.*) — Paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial d'origine professionnelle, par Vinay. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — De la paralysie faciale centrale et périphérique, par Grancher. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 nov.) — Un cas de paralysie pseudohypertrophique avec cœur volumineux et goitre, par d'Espine. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 585.) — Un cas d'hypertrophie pseudo-musculaire affectant les muscles de l'avant-bras, groupe des fléchisseurs, par Dercum. (*Med. News*, 13 nov.) — De la paralysie pseudo-hypertrophique, par Bradbury. (*Cambridge med. soc.*, 5 nov.) — La paralysie pseudo-hypertrophique, maladie constitutionnelle dégénérative, par Vizioli. (*Riv. spec. di freniat.*, XII, 3, p. 237.) — Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 août.) — Paralysie arsenicale, par Eichhorst. (*C. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre.) — Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile, par Frissard. (*Thèse de Paris*, 11 fév. 1887.) — Hemiparalysie agitante posthémiplégique limitée au membre supérieur droit. Paralysie agitante posthémiplégique, par Brousse. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 34.)

Paralysie générale. — Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation, par G. Petit. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Essai sur l'amnésie dans la paralysie générale, par Bondon. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Paralysie générale progressive, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 28 déc.) — De la paralysie générale à début précoce, par Vrain. (*Thèse de Paris*, 5 fév. 1887.) — Des affections médullaires compliquant la paralysie générale progressive, par Fürstner. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juillet.)

Parole. — Contribution aux troubles de la parole, par Reimann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 884, 20 décembre.) — Nouvelle méthode de traitement de bégaiement par Coën. (*Ibid.*, p. 805, 15 novembre.)

Parotide. — Chondrome parotidien développé du côté du pharynx, extirpé par la bouche, guérison, par Périer. (*Bull. soc. chir.*, XII, p. 364.)

Pathologie. — Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par Hallopeau. (In-8°, 2e édit., *Paris.*) — Abrégé de percussion et d'auscultation, par Vierordt. (In-8°, *Tubingue.*) — Des méthodes d'enseignement en pathologie, par Teissier. (*La Province méd.*, 11 déc.) — Ce qui constitue la malignité en pathologie, par H. Snow. (*Lancet*, 16 octobre.)

Paupière. — Sur l'occlusion spontanée des paupières après la mort, par Valude. (*Société de médecine légale*, 7 novembre.) — De l'influence de la contraction des paupières sur la courbure de la cornée, et conséquemment sur la réfraction de l'œil, par Weiss. (18e *Congrès d'ophth.*, *Heidelberg.*) — De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de sa localisation, par Surmont. (*Thèse de Lille*, n° 28, 30 décembre.) — Acide borique pulv. dans la blépharite granuleuse, par Minor. (*N. York med. journ.*, 31 juillet.)

Peau. — Étude sur la perspiration insensible, par Peiper. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — Expériences sur l'absorption cutanée, par Adolf Ritter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 22 novembre.) — De l'absorption des médicaments par la peau, par Fedoroff. (*Med. pribar. morsk. sborn.*, janv.) — De l'absorption du mercure métallique par la peau, par Ferrari. (*Gaz. d. ospitali*, n° 81.) — De la myiasis externe dermatosique, par G. Joseph. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 2.) — Note sur un cas de dermatite exfoliatrice (pityriasis rubra ?) avec lésions bulleuses, par Hardarvay.

(*Journal of cut. diseases*, n° 11.) — Deux cas d'atrophie idiopathique de la peau chez des adultes, par A. Pospelow. (*Méd. Obosrénié*, n° 19.) — L'area celsi, trophonévrose de la peau, par P. Nikolsky. (*Méd. Obosr.*, n° 12.) — Traitement mécanique de certaines affections cutanées, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 808, 15 novembre.) — Le traitement par les pâtes en dermatologie, par H. Martin. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, p. 937.)

Pellagre. — De la pellagre observée particulièrement en Roumanie, par Orléanu. (*Thèse de Paris*, 13 janv. 1887.) — Pseudo-pellagre, par Gerhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 727, 18 octobre.) — Pellagre chez un alcoolique. Possibilité de l'origine de la pellagre par leucomaïnes, par Zachi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 233.)

Pemphigus. — Note sur un cas de pemphigus gangrœnosus, par Caron. (*Normandie médicale*, 15 octobre.)

Péritoine. — Contribution à l'étude du diagnostic et de la thérapeutique de la péritonite par perforation, par Plenio. (*D. Arch. f. klin. Med., Bd.*, XXXIX, p. 621.) — Adénopathies cervicales volumineuses. Broncho-pneumonie, léger épanchement pleural, tuberculose probable. Péritonite sus-épatique suppurée, par Cadet de Gassicourt. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 décembre.) — Péritonite chronique avec rupture au dehors et guérison, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 781, 8 novembre.) — Les lavages de l'estomac dans la péritonite, par B. Lewin. (*Ibid.*, p. 763, 1er novembre.) — Un cas de guérison complète de péritonite chronique par opération, par N. Biélayeff. (*Méd. Obosr.*, n° 12.)

Pharmacologie. — Recherches expérimentales sur l'action des agents pharmacologiques sur les vaisseaux périphériques, par Kobert. (*Therap. Gaz.*, 15 janv. 1887.) — Le réflexe nasal comme moyen de déterminer l'action locale des médicaments sur la sensibilité, par Mays. (*Med. News*, 20 nov.) — Lanoline comme base pour onguents, par L. Pavlovsky. (*Russk. méd.*, n° 12). — De l'absorption des médicaments dans les onguents à la lanoline, par Guttmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 3.) — Influence de quelques médicaments, nit. d'amyle, morphine, paraldéhyde, etc., sur la circulation cérébrale et sur le pouls, par Capelli et Brugia. (*Arch. di psichiatria*, n° 1.) — Recherches sur les effets de la morphine, par M. Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 893, 20 décembre.) — Antagonisme de la morphine et de l'atropine, par Lenhartz et discussion. (*Ibid.*, 4 octobre.) — Raison de l'inefficacité de la digitale, par Penzoldt. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 octobre.) — Propriétés mydriatiques du chlorhydrate d'hyoscine, par J. Tweedy. (*Lancet*, 4 décembre.) — Action analgésique locale de la caféine, par Sclavo. (*Giorn. d. r. Accad. di med. di Torino*, sept.) — De la décomposition des solutions d'ergotine, par F. Engelmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 672.) — Note sur le santonate d'atropine, par Trousseau. (*Union médicale*, 5 décembre.) — Étude sur la cannabine, par Roux. (*Bull. de thér.*, 1er déc.) — L'action de la caféine, de la théobromine et de la xanthine sur les muscles, par H. Paschkis et J. Pal. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 611.) — Expériences sur les effets de l'hypochlorite de chaux et de l'hyposulfite de calcium, par Poincaré. (Résultats négatifs à part une altération de l'épithélium pulmonaire). (*Annales d'hyg. publ.*, XVI, 153.) — Recherches sur les propriétés physiologiques du propylène (irrespirable et non vénéneux), par Paul Bruneau. (*Annales d'hyg. publ.*, XVI, 148.) — Action de la thalline sur la température, le pouls, la respiration et la diurèse chez les malades fébricitants et non fébricitants, par Karst. (*Vratch.*, n° 2.) — Étude sur l'action de l'aldéhyde d'ammoniaque, par P. Giacosa.

(*Arch. per le scienze med.*, vol., X, n° 14.) — Recherches sur l'action physiologique du méthylal, par Mairet et Combemale. (*Acad. des sciences*, 24 janv. 1887.) — De l'influence des préparations d'ichthyol sur les modifications organiques, par Zuelzer. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, V, n° 12.) — Action anesthésiante de l'acide phénique et des composés voisins de la créosote, par M. Neill. (*Edinb. med. journ.*, juin, p. 115.) — Propriétés désinfectantes et antiseptiques de l'aseptol, par Ferdinand Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 septembre.) — Application de l'iodol en chirurgie, par Gaetano Mazzoni. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 694, 11 octobre.) — Effets du chlore et du brome sur l'organisme, par K. B. Lehmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 735, 18 octobre.) — L'élimination des chlorates, par Gaehtgens. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 891, 20 décembre.) — Assimilation du fer, par Bunge. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Du salol, par Fueter, Dumont, Nencki et Sahli. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Sur le rôle des phosphates dans l'organisme au point de vue biologique, physiologique et thérapeutique, par Zoborowski. (*Thèse de Montpellier.*) — Le salicylate de bismuth, par Langgaard. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 514.) — De la stéatite, son emploi comme dentifrice et ses usages en pharmacie, par Vigier. (*Gaz. hebdomad.*, 28 janv. 1887.)

Pharynx. — Localisations des impressions dans les organes de la gorge, par Schadewaldt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 788, 8 novembre.) — La bourse pharyngée, par Schwabach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 803, 15 novembre.) — De l'hydrargyrose localisée au pharynx, par Julius Sommerbrodt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 811, 22 novembre.) — Pharyngite tuberculeuse aiguë, par Ariza. (*Rev. de med. y cirugia*, déc.) — Pharyngite gangréneuse, scarlatineuse, par Kolosoff. (*C. R. de la Soc. méd. d'Omsk*, n° 6, 1885.) — Volumineux fibrome pharyngo-laryngien, guérison, par Fletcher Ingals. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 16 oct.) — Nouveau procédé pour opérer l'abrasion des végétations adénoïdes du pharynx, par Dalby. (*Lancet*, 2 octobre.) — De l'extirpation des tumeurs du pharynx, par Verneuil, Polaillon. (*Soc. de chir.*, XII, p. 502, 513.)

Pied. — Rétraction de l'aponévrose plantaire, par Madelung. (*Cent. f. Chir.*, n° 44.) — Traitement du pied bot invétéré varuséquin par l'ostéotomie, par Poore. (*N. York surg. soc.*, 8 déc.) — Traitement chirurgical du pied varus paralytique, par Rydygier. (*Berl. klin. Woch.*, p. 687, 4 octobre.) — Des causes et de la prophylaxie du pied plat, par Mayo Collier. (*Lancet*, 4 septembre.) — Du traitement des pieds bots équins accidentels par la flexion continue à l'aide d'un nouvel appareil, par Monnier. (*Gaz. des hôp.*, 1er janv. 1887.)

Placenta. — Structure du placenta, par C. Ruge. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 25 octobre.) — Sur le processus vaso-formatif qui préside à l'édification de la zone fonctionnelle du placenta maternel dans le cobaye, par Laulanié. (*C. R. de la soc. de biologie*, 20 nov.) — Placenta gémellaire avec chorion et amnios uniques; torsion et nœuds des 2 cordons ombilicaux; enfants vivants, par Kehrer. (*Ibid.*, p. 710, 11 octobre.) — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta, par Wyder. *Idem.*, par Jungbluth. (*Ibid.*, p. 784, 8 novembre.) — Anatomie de l'infarctus blanc du placenta, par Kustner. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.) — Dégénérescence calcaire du placenta au 3e mois de la grossesse, par Mc. Lean. (*Obst. soc. of N. York*, 2 nov.)

Plaie. — Infection des plaies par contact et par l'air, par Garré. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juillet.) — De l'auto-inoculation traumatique, par Millermann. (*Thèse de Paris* 3 févr. 1887.) — Blessure par arme à feu

de la région cervicale. Mort de méningo-myélite au 20e jour, par Buot. (*Arch. méd. milit.*, nov., p. 390.) — Contribution à l'étude des plaies par armes à feu, par N. Guiltchénko. (*Méd. Obosr.*, n° 15.)

Plèvre. — Pleurésie *a frigore* et tuberculose, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 13 janv. 1887.) — Étiologie des pleurésies et des pneumonies aiguës, par Weichselbaum. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 483.) — De la mobilité des épanchements pleuraux, par Gerhardt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, p. 303.) — De la ponction des exsudats pleuraux, par Riegel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 890, 20 décembre.) — Importance de la ponction hâtive des exsudats pleuraux, par Lamb. (*New York med. Journal*, 4 sept.) — Traitement de la pleurésie avec épanchement par la méthode d'Hay, par W. Osler. (*Med. News*, 11 déc.) — Pleurésie avec épanchement abondant (séreux) traitée par l'incision large, par Wilson. (*Lancet*, 9 octobre.) — Quelques cas d'empyème d'origine variée (scarlatine, pleurésie d'emblée, ulcère perforant de l'estomac, etc.), par Edwin Rickards. (*Brit. med. journ.*, p. 969, nov.) — Un cas de pleurotomie pour empyème. Guérison, par F. Fernald. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 4 déc.) — A propos des traitements de la pleurésie purulente, par L. Revilliod. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 612.) — La thoracentèse et le traitement de la pleurésie purulente par l'aspiration continue, par Immermann. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — Pleurésie purulente cloisonnée (en deux loges) ; opération de l'empyème ; division du septum. Guérison, par G. Padley. (*Lancet*, 21 août.) — De la résection des côtes dans le traitement des excavations et des fistules consécutives à la pleurésie purulente, par de Cérenville. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, p. 321, 401 et 457.) — Contribution à l'étude de la thoracoplastie, par Vaslin. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 février.)

Poil. — De l'extirpation des poils par l'électrolyse, par Startin. (*Lancet*, nov.) — Traitement de l'hypertrichose, par Karewski. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 587.)

Poumon. — Propriété non encore signalée du tissu pulmonaire, par Gad. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 736, 18 octobre.) — Étude sur la pathologie des affections pulmonaires, par Hanau. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — Atrésie de l'artère pulmonaire, par H. W. Middendorp. (*Internat. Monats. f. Anat. und. Hist.*, p. 239.) — Pathogénie du collapsus pulmonaire, par Head. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.) — De l'emphysème pulmonaire, par Delafield. (*N. York Acad. of med.*, 21 oct.) — Pneumothorax causé par la rupture de vésicules emphysémateuses au cours de l'emphysème pulmonaire chronique, par Augry. (*Thèse de Paris*, 6 janv., 1887.) — Sur le pneumotyphus, par Foa et Bordoni-Uffreduzzi. (*Giorn. R. Accad. di med. di Torino*, sept.-déc.) — La pneumonie franche et les influences météorologiques, par Leibert. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 avril.) — De la valeur diagnostique des pneumococcus, par W. Ignatieff. (*Méd. Obosr.*, n° 15.) — Contribution à l'étiologie de la pneumonie croupale, par S. Lévachoff. (*Iég. klin. Gazeta*, nos 5 à 8.) — La pneumonie chez les vieillards, par H. Patton. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 oct., p. 425.) — Formes cliniques de la pneumonie, par Fauvelle. (*Thèse de Paris*, 16 déc.) — Pneumonie croupale compliquée de méningite, par Heusinger. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 639.) — Pneumonie du sommet droit, suppression du pouls à droite, hémiplégie gauche (embolie cérébrale), par Favre. (*Rev. méd. Suisse romande*, mai, p. 285.) — Pneumonie interstitielle chez un sujet tuberculeux, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 25 janv. 1887.) — Sur un cas de rupture du diaphragme et du poumon sans fracture de

côtes, par Désir de Fortunet. (*Lyon méd.*, 19 déc.) — Des déchirures du poumon, par Durantin. (*Thèse de Lyon*, n° 344.) — De la distension des poumons, par Botkine. (*Iég. klin. Gazeta*, n° 23.) — Pneumotomie et pneumectomie, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 8 déc.) — Cancer primitif du poumon, par Goldschmidt. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er fév.) — De la gymnastique pulmonaire, par Hupers. (In-8°, *Neuwied.*) — Du traitement des affections pulmonaires par le gaz sulfo-carboné, par Guyard. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — L'antipyrine dans la pneumonie croupale, par Posadky. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 636.)— Diagnostic et traitement des maladies chroniques du poumon et de la plèvre, par Westbrook. (*New York med. Journal*, 14 août.) — Dix neuf cas d'affections chroniques de la poitrine traités par la méthode de Treutler (inhalations d'azote), par H. Wilmer. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juillet.)

Prostate. — Causes et nature de l'hypertrophie de la prostate, par Reginald Harrison. (*Lancet*, 28 août.) — Du tissu musculaire prostatique, par Reginald Harrison. (*Lancet*, 4 décembre.)

Psychose. — Affections rénales et psychoses, par L. Wille. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 5 octobre.) — Du délire chronique ou psychose systématique progressive, par P. Garnier. (*France médicale*, 25 décembre.) — Les psychoses de la puberté, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, n° 3, p. 239.)

Ptomaïne. — Les ptomaïnes et les leucomaïnes au point de vue de la médecine légale, par Linossus. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, I, n° 6.)

Puerpéral (État). — Septicémie puerpérale, par L. Ashton. (*Journ. of Amer. med. assoc.* 13 nov.) — Un cas insolite d'hémorragie puerpérale (au 5e jour, causée par l'habitude reprise ce jour-là d'inhaler du chloroforme), par William. (*Obstet. Gaz.*, mai.) — Deux cas de septicémie puerpérale en ville. Guérison, par S. M. Ward. (*New York med. Journal*, 28 août.) — Sur la curabilité de la folie puerpérale, par Maiorfi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 3, p. 232.) — Du traitement de la septicémie puerpérale, par Runge. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 287.) — Obs. d'hyperpyréxie post-puerpérale (43° C.) traitée par les bains froids d'eau de mer. Guérison, par Skinner. (*Med. News*, 15 janv. 1887.) — Un cas d'endométrite puerpérale traitée avec succès par le raclage de la cavité utérine avec la curette tranchante, par L. Bernstein. (*Méd. Obosr.*, n° 13.) — Des injections antiseptiques au début de la fièvre puerpérale, par G. Zinke. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 13 nov.) — Du traitement général dans les fièvres puerpérales (bains tièdes et alcool), par Runge. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVIII, 3.)

Putréfaction. — Étude expérimentale sur l'action des substances putrides sur l'organisme animal, par Pietrzikowski. (*Zeit. f. Heilk.*, VII, 5 et 6.)

Pyohémie. — De la distribution des abcès pyohémiques, par Stephen Paget. (*Lancet*, 31 juillet.)

Q

Quinine. — Action particulière de la quinine sur la peau, par Wilkinston. (*Texas courier*, sept.)—Note sur la quinine amorphe boriquée, par Hagens.

(*Zeit. f. klin. Med.,* XII, 3.) — Recherches sur la solubilité des sels médicinaux de quinine, par Regnauld et Villejean. (*Journ. de pharm.*, XV, nº 3.)

R

Race. — Application de la psychologie à la classification des races, par Le Bon. (*Rev. philos. de la France*, XI, nº 12.)

Rachis. —Sensibilité de la colonne vertébrale dans l'état de santé et de maladie. — Des effets thérapeutiques produits par les vésicatoires placés sur les 4ᵉ et 5ᵉ vertèbres dorsales, par Morton Prince. (*Boston med. Journ.*, 14 octobre.) — Pathogénie des paralysies par affections vertébrales, par Strumpell. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct.) — Ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires, résection de deux apophyses articulaires, grattage d'un corps vertébral, guérison, par Buffet. (*Gaz. des hôp.*, 2 déc.) — De l'excision du couyæ, par Walter Whitehead. (*Lancet*, 17 juillet.) — Appareil orthopédique pour la scoliose, par Staffel. (*Deutsche med. Woch.*, nº 35.) — Note sur un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale, par Blocq. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 janv.)

Rage. — Notes sur la rage, par Pasteur. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, nº 1.) Les récents travaux sur la rage, par Charrin. (*Arch. de méd.* janv. 1887.) Recherches expérimentales relatives à la méthode pastorienne de vaccination antirabique, par Hime. (*Lancet*, 14 décembre.) — Inoculations antirabiques, théorie des insuccès, par Diday. (*Lyon méd.*, 30 janv. 1887.) — De la durée d'inoculation de la rage chez l'homme, par Bauer. (*Inaug. Diss.*' *Munich.*)—Le traitement primitif de la rage, par Frisch. (*Semaine méd.*, 19 janv. 1887.)— Les travaux de Pasteur sur la rage, par Vulpian. Le traitement de la rage. (*Rev. scient.*, 22 janv. 1887.)—Sur la vaccination rabique, par Collin (d'Alfort). (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVI, nº 45.) — La rage envisagée chez les animaux et chez l'homme, par Galtier. (In-8º, *Lyon.*) — La prophylaxie de la rage, par Grancher. (*Rev. d'hyg.*, VIII, 615.) — Contribution à l'étude de la rage, par Langué. (*Mémoires de la Société médicale de Kazan*, nºˢ 11 et 12.)—Les inoculations préventives de Pasteur, par Schottelius. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 août.)

Rate. — Extirpation de la rate par laparotomie ; guérison, par Nilsen. (*Obst. Soc. of New York*, 7 déc.) — De la splénectomie, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 9 fév. 1887.)

Rectum. — Sur un cas d'absence du rectum, par Beranger. (*Poitou méd.*, 1ᵉʳ janvier 1887.) — Adéno-papillome du rectum, par Kelsey. (*New York. med. journ.*, 7 août.) — Prolapsus irréductible du rectum ; amputation, guérison, par O'Connell Raye. (*The Lancet*, 10 juillet.) — Cinq cas de rétrécissement du rectum traités par l'incision de la partie rétrécie et du sphincter, par A.-E. Hoadley. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 27 nov.) — Colotomie dans le cancer du rectum, par E. Sonnenburg, von Bergmann, Kuester. (*Berlin, klin. Woch.*, 29 nov.)

Réflexe. — Le réflexe rotulien, par Julius Heller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 903, 27 déc.) — Du phénomène réflexe de la mâchoire inférieure, par Ry, balkine. (*Wratch*, nº 13.)— Note sur des phénomènes nerveux de la face, de nature réflexe consécutifs à un traumatisme de la tête, par Sereins. (*Union médicale*, 25 déc.)

Rein. — Recherches expérimentales sur l'élimination de l'indigo-carmin par les reins, par KABRHEL. (*Wien. med. Jahrb,*, p. 421.) — Sur la sécrétion rénale normale et pathologique, par KABRHEL. (*Recueil médical de Prague*, I. I., fasc. 2.) — Procédé pour isoler l'urine de chaque rein en exerçant une succion sur l'orifice de l'uretère dans la vessie, par HURRY FENWICK. (*Lancet*, 18 sep.) — Moyen de diagnostiquer la pyélite et la pyélo-néphrite unilatérale chez la femme, par LEWERS. (*Lancet*, 13 nov.) — De la congestion rénale primitive et de sa pathogénie, par F. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 nov.) De la pathologie des reins, par DI MATTEI. (*Arch. per le sc. med.* X, 4.) — Néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur, hémorragie cérébrale et épistaxis, par MACDONNELL. (*Med. news.*, 15 janv. 1887.) — Des hémorragies dans les néphrites, par LANOIS. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — De quelques symptômes de la néphrite, par NOTHNAGEL. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 déc.) — Un cas de pyélite suppurée traumatique avec néphrite interstitielle consécutive, par CANTANI. (*La Riforma med.* 28 déc.) — Des fibres musculaires lisses des capsules surrénales et de l'adénome de ces organes, par DI MATTEI. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, juin.) Complément à une communication sur l'hémicéphalie et l'aplasie des capsules surrénales, par C. WEIGERT. (*Arch. f. path. An.*, CIII, H. 1, p. 204.) — Myosarcome à cellules striées de la capsule du rein et de l'uretère, par RIBBERT. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.) — Du rein mobile, par APOLANT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 712.) — Exploration des reins, par SHEPHERD. (*Montreal med. chir. Soc.*, 5 nov.) — Du sublimé corrosif dans le traitement de la maladie de Bright, par J. PETERS. (*Therap. Gaz.*, 15 déc.) — Traitement des calculs d'acide urique, par PFEIFFER. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mai.) — Des calculs rénaux. Diagnostic et traitement, par JAMES TYSON. (*Boston med. journ.*, 21 octobre.) — Calcul du bassinet, par BOSTROEM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 891, 20 décembre.) — Extirpation d'un rein calculeux, par J. ISRAËL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 870, 13 déc. — Néphrolithotomie ; guérison en 8 jours, par PICKERING. (*Brit. med. journ.*, novembre, p. 866.) — Pyélite calculeuse, néphrotomie, mort ; cancer du bassinet et de l'uretère à gauche avec propagation à la plèvre gauche et au foie, par HARTMANN. (*Soc. anat.*, 1[er] oct.) — Néphrolithotomie, guérison, par GROSS. (*Med. news*, 18 déc.) — Néphrotomie pour pyonéphrose, par LANGE. (*New York surg. Soc.*, 22 nov.) — Néphrectomie, par LANGE. (*New York surg. Soc.*, 22 novembre.)

Résection. — 6 cas de résections diverses, par AUG. REVERDIN, (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 585.) — Résection du coude, avec conservation de l'extrémité non articulaire de l'olécrâne et suture métallique de cet os à la surface-de section du cubitus, par PICKERING. (*Lancet*, 2 oct.) — Résection du poignet, par CHEVASSU-PÉRIGNY. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — De l'arthrectomie partielle et totale, contribution à l'étude du traitement des luxations congénitales de la hanche par l'arthrectomie, par DE PAOLI. (*Giorn. d. r. Accad di med. di Torino*, sept.) — Résection du genou, série de 11 cas de guérison, indications et médecine opératoire, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Rev. de chir.*, janv. 1887.) — Question de priorité au sujet de la résection ostéoplastique du pied, par MIKULICZ. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIII, 1, p. 220.) Un cas de résection ostéoplastique du pied, d'après la méthode de Mikulicz par P. NIEHANS. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1[er] septembre.) — Résection du calcanéum, de l'astragale et des deux malléoles; conservation des fonctions du pied, par SWANN. (*Lancet*, 10 juill.) — De l'ablation simultanée du calcanéum et de l'astragale, par OLLIER. (*Assoc. franç.; Cong. de Nancy.*)

Respiration. — Des mouvements de respiration normaux et anormaux, par

Marchand. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 septembre.) — Alternance régulière et rythmique du pouls avec la respiration, par H. von Wyss. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er déc.)— Contractions rythmiques des pupilles et des muscles des membres chez un sujet présentant le phénomène de Cheyne-Stokes, par Robertson. (*Lancet*, 27 nov.)

Rétine. — Anesthésie de la rétine, Contribution à l'étude de la sensibilité visuelle, par Parinaud. (*Ann. d'oculistique*, XCVI, 1 et 2, p. 38.)— Expériences sur la marche de l'adaptation rétinienne, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalmologie*, VI, n° 4, 294.)— Traitement du décollement de la rétine, par S. Snell. (*Brit. med. journ.*, p. 1445). — Décollement de la rétine et iridectomie, par Bettremieux, (*Arch. d'ophtal.* VI, n° 5, p. 459.) — Contribution à l'étude du gliome de la rétine, par Stœber. (*Gazette des hôpitaux*, n° 101, p. 209.)

Rhumatisme.— Du rhumatisme, par Immermann. (*Berl. klin. Woch.*, p. 688, 4 oct. — Érythème noueux coïncidant avec un rhumatisme articulaire subaigu, par Patteson. (*Lancet*, 31 juillet.) — Éruption bulleuse (érythème polymorphe) dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par Benham. (*Lancet*, 20 nov.) Note sur l'ichthyol dans le rhumatisme, par D. Doubélir. (*Med. Obosr*, n° 12.) — Rhumatisme articulaire aigu et fièvre typhoïde associés, par Spillmann et Ganzinotty. (*Rev. de médecine*, 10 oct.)— État de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu, par Barbillian. (*Thèse de Paris*. 21 déc.) — Le traitement du rhumatisme dans les hôpitaux de Philadelphie, (*Med. News*, 4 déc., p. 627.) — Le traitement du rhumatisme dans les hôpitaux de New-York. (*Med. News*, 11 déc.) — Le traitement du rhumatisme dans les hôpitaux de Boston. (*Med. News*. 18 déc.)

Rougeole.— Transmission de rougeole par des personnes saines, par Kesslér (*Berlin. klin. Woch.*, p. 722, 18 oct.) — Remarques sur une épidémie de rougeole, par T.-D. Swift. (*New York med. Journ.*, 27 nov., p. 601.) — Doit-on interdire la fréquentation de l'école aux frères et sœurs bien portants des enfants atteints de rougeole ? par Wasserfuhr. Réponse négative. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 mai.) — Deux rougeoles successives à 15 jours de distance, par Dauchez. (*Journ. de méd. de Paris*, 30 janv. 1887.) Suite rare d'une rougeole perte de la raison durant 14 jours, par Casson. (*Lancet*, 27 nov.) — Rubéole suivie de rougeole, par L. Wolberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 déc.) — Des éruptions morbilleuses des adultes et de l'immunité pour la rougeole, par Biédert. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 1.) Paraplégie suite de rougeole, par Annesley. (*Arch. de méd. milit.*, nov. p. 386.)

S

Salive. — Sur quelques points relatifs à l'action de la salive sur le grain d'amidon, par Bourquelot. (*Acad. des sciences*, 3 janv. 1887.) — Note sur la chirurgie des voies salivaires (nouvelle observation d'oblitération d'une fistule par l'injection d'huile aseptique), par D. Mollière. (*Lyon méd.*, 9 janvier 1887.)

Sang. — Richesse variable du sang en éléments figurés, par N. Zuntz et Cohnstein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.) — Des plaquettes du sang à l'état normal et pathologique, par R. Fusari. (*Arch. per le scienze med.*, X, n° 12, p. 235-274.) — Sur les masses protoplasmiques libres du sang,

par Œhl. (*Arch. ital. de biol.*, VII, 3.) — Observations sur les parties figurées du sang, par Laker. (*Sitz. der kais. Ak. der Wiss.-Wien.* Bd. XCIII, H. 1 *bis* V.) — Réduction de l'hémoglobine dans le cœur de la grenouille, par Mme Handler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 767, 1er novembre.) — Observation à propos des dosages de glucose dans le sang, dans le foie des mammifères et dans l'œuf des oiseaux, par Dastre. (*C. R. de la Soc. de biologie*, 18 déc.) — Rapports entre la quantité de sang et la stase veineuse, par Schwanburg. (*Ibid.*, 4 oct.) — De la pression sanguine chez l'homme dans la cyanose artificielle et dans l'auto-transfusion, par Balp. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, juillet.) — Sur la matière colorante du sang et ses produits de décomposition, par F. Hoppe-Seyler. (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, X, p. 331.) — Albuminoïdes du sang des vertébrés inférieurs, par Halliburton. (*Journ. of physiol.*, VII, 4.)

Sarcome. — Étude sur les fibro-sarcomes, par Watson. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 octobre.) — Extirpation d'un sarcome colossal de la racine de la cuisse ; ligature latérale de la veine fémorale ; guérison, par Tansini. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 49.)

Saturnisme. — Goutte et saturnisme, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 11 janvier 1887.) — Un cas d'empoisonnement par le plomb (tricot), par Dercum. (*Med. News*, 1er janv. 1887.) — Empoisonnement par le chromate de plomb employé pour colorer des gâteaux, par Marshall. (*Med. News*, 1er janv. 1887.)

Scarlatine. — Observation montrant l'extrême contagiosité de la scarlatine, par Boardman Reed. (*Med. News*, 15 janv. 1887.) — Deux cas de récidive de scarlatine, par Smorodintzeff. (*Permsky epid. List.*, n° 14.) — La scarlatine bovine et son transport à l'homme par le lait. (*Sanitary Record.*, juillet.) — De la néphrite scarlatineuse, par Atkinson. (*Int. journ. of med. sc.*, juillet.) — L'anatomie pathologique de la néphrite scarlatineuse, par Graner. (*N. York County med. Assoc.*, 20 déc.) — Scarlatine suivie d'urémie et de purpura hémorragique grave ; guérison, par Descamps. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, nov.) — Complications du côté de l'oreille dans le cours de la scarlatine, par Batut. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.)

Sclérodermie. — Étude sur la sclérodermie, par Bouttier. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.)

Scrofule. — Traitement de la scrofule par les bains de mer en hiver, par de Valcourt. (*Assoc. franç. ; Congrès de Nancy.*)

Sens. — Traité de l'anatomie des organes des sens, par Schwalbe. (In-8°. *Erlangen.*) — Des relations entre les organes du toucher et de l'odorat, par Fauvelle. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, IX, n° 3.)

Sperme. — La spermatogénèse chez les mammifères et chez l'homme, par C. Benda. (*Berl. klin. Woch.*, 6 septembre.)

Spina bifida. — Recherches sur le spina bifida, par de Recklinghausen. (In-8° avec pl., *Berlin.*)

Strabisme. — Sur un avancement musculaire pour strabisme divergent, par de Mets. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct.) — Deux cas de strabisme avec atrophie de la choroïde, par Morisson Roy. (*Americ. journ. of opht.*, juin.) — De l'origine du strabisme, par Stilling. (*Arch. of ophthalm.*, XV, 3, p. 270.) — Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations du strabisme, par Kalt. (*Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 4, p. 323,

et nº 5, p. 430.) — Suppuration grave consécutive à une opération de strabisme et donnant lieu à de la divergence guérie par l'avancement, par KNAPP. (*Arch. of opht.*, XV, nº 4.)

Sueur. — De l'acide tartrique comme remède contre la transpiration, par FREDERICQ. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand.,* 6 sept.)

Surdité. — Traitement orthophonique de la surdi-mutité, par GIAMPETRO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 802, 15 nov.) — Surdi-mutité congénitale et acquise incurable, et surdi-mutité curable ou otopiesis, par COZZOLINO. (In-8°. *Naples.*)

Syphilis. — La syphilis dans l'armée des Indes hollandaises, par BREITENSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 janvier.) — De l'influence du théisme sur la marche de la syphilis, par SMIRNOFF. (*Iejened. klin. Gaz.,* nº 6.) — Étude sur la réinfection syphilitique, par RABITSCH-BEY. (*Wiener med. Woch.* nº 42.) — De l'influeuce des maladies fébriles aiguës sur l'évolution de la syphilis, par GRIGORIÉV. (*Med. Obosr.*, nº 9.) — Des nourrices en état d'incubation de syphilis, par FOURNIER. (*Semaine méd.*, 1er déc.) — Transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices, par ROLLET. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, II, nº 7.) — Étude de la syphilis héréditaire infantile, par CARMELS. (*Arch. di patol. infant.*, VI.) — Syphilis communiquée par un nourrisson, par LEMONNIER. (*Ann. de dermat.*, VII, nº 10.) — Rapports de l'érysipèle et de la syphilis, par SCHUSTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 806, 15 novembre.) — La syphilis cérébrale, par MUSMERI D'AGATA. (In-16. *Acireale.*) — Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire, par GEORGES SANDOZ. (*Revue médic. Suisse romande,* VI, 713.) — De la syphilis pigmentaire, par BOCKART. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, nº 1.) — De la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge, par VIARD. (*Thèse de Paris,* 7 janv. 1887.) — Note sur l'albuminurie syphilitique, par HORTELOUP. (*Ann. de dermat.*, VII, nº 10.) — Rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires, par HORTELOUP. (*Union médicale,* 23 novembre.) — De la syphilis du foie; étude symptomatologique, par PEISER. (In-8°. *Leipzig.*) — Contribution à l'étude de la syphilis articulaire, par P. KALATCHNIKOFF. (*Med. Obosr.*, nº 9.) — De la pachyvaginalite syphilitique, par D'ŒLNITZ. (*Thèse de Paris,* 10 déc.) — Méthode de traitement mitigé et intermittent de la syphilis, par LEWENTAUER. (*Cent. f. klin. Med.,* nº 41.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique-ammonique, par MARTIN. (*Thèse de Paris,* 24 déc.) — Le phénate de mercure, nouveau médicament contre la syphilis, par GAMBERINI. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, nº 4.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde mercurique, par WATRASZEWSKI. (*Gazeta lekarska*, nº 21.) — Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de mercure, par BLOXAM. (*Lancet*, août.) — Injections fessières d'oxyde jaune de mercure dans la syphilis ; bons résultats, par SCHADECK. (*C. r. de la Soc. méd. de Kiew*, 30 juin.) — Traitement du stade initial de la syphilis, par LIPP. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 807, 15 novembre.) — Rôle de l'étuve dans le traitement mercuriel de la syphilis, par A. FREY. (*Ibid.,* p. 830, 29 novembre.)

T

Tabac. — Diagnostic et traitement de l'amblyopie par le tabac, par POWERS. (*Med. News*, 4 déc.) — Huit cas d'amblyopie par le tabac, un cas avec affection médullaire, par DE SCHWEINITZ. (*Philad. neurolog. Soc.*, 25 oct.)

Tænia. — Du tænia nana et de son importance en médecine, par B. Grassi. (*Cent. f. bacteriol.*, I, nº 4.)—De l'anémie pernicieuse produite par le tænia, par Runeberg, et discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 687, 4 octobre.) — Le bothriocéphale de Dorpat n'est pas un bothriocephalus latus, par F. Küchenmeister. (*Deutsche med. Woch.*, nº 32, p. 550.)—Des convulsions épileptoïdes causées par le tænia, par Tchudnovsky. (*C. R. de la Soc. méd. de Viatka*, nº 7.)

Taille. — De la taille sus-pubienne, par Couvée. (*Inaug. Diss. Leyde.*) — Opération de taille sus-pubienne, extraction d'un calcul du poids de 750 grammes, par Th. Smith. (*Lancet*, 7 août.) — Taille sus-pubienne chez un garçon de 7 ans; guérison par première intention, par W. Mac Cormac. (*Lancet*, 25 septembre.)—Un cas de taille sus-pubienne suivie de guérison, par Lichtenberg. (*Lancet*, 30 octobre.) — De la taille hypogastrique avec excision des portions malades dans certaines ulcérations de la vessie, par Schatz. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.)

Teigne. — Altérations des cheveux dans la pelade, par G. Behrend. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 872, 13 décembre.) — Épidémie prolongée de trichophytie à Berlin, par Edmund Saalfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 septembre.) — De la pelade, nature, traitement, par Buchin. (*Thèse de Paris*, 26 janv. 1887.)

Température. — La mensuration instantanée de la température axillaire, par Biedert. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 743, 25 octobre.) — Nouvelle méthode d'exploration clinique du sens de la température, par Goldscheider. (*Ibid.*, p. 895, 20 décembre.) — Calorification des organes en travail, par Chauveau et Kaufmann. (*Acad. des sciences*, 29 nov.) — La glycose, le glycogène, la glycogénie en rapport avec la production de la chaleur et du travail mécanique dans l'économie animale; calorification dans les organes en repos, par Chauveau et Kaufmann. (*Acad. des sciences*, 22 nov.) — Influence des boissons sur la température des fébricitants, par Glax. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 octobre.) — Les élévations de la température, périodiques à long intervalle, à l'état normal et dans les maladies, par Pailhas. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Mensuration thermo-électrique de la chaleur des foyers inflammatoires, par Maximow. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 583.)

Tendon. — Pathogénie et traitement des ruptures spontanées de tendons, par Hager. (*Berl. klin. Woch.*, 31 mai.) — Nouveau procédé de suture des tendons, par Witzel. (*Ibid.*, p. 687, 4 octobre.)

Testicule. — Atrophie complète du testicule à la suite d'une orchite aiguë, par Rona. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, nº 8, p. 360.)—De l'orchite varioleuse, par Chiari. (*Zeit. f. Heilkunde*, VII, 5 et 6.) — Du traitement de l'orchite par la compression, par Bonnet. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 50.) — Du traitement de l'orchite et de l'épididymite, par Lowndes. (*Lancet*, 24 juill.) — Traitement curatif de l'hydrocèle par injection de sublimé à 1/500, par James Miller. (*Lancet*, 4 décembre.) — Kyste dermoïde du testicule chez un cheval, par Arloing. (*Lyon méd.*, p. 348, 14 nov.) — Histogénie du cancer du testicule, par Tizzoni et Poggi. (*Riv. clin. di Bologna*, nº 7.) — Sarcome d'un testicule intra-abdominal, par Maydl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 mars.)

Tétanos. — Étiologie du tétanos, par Bonome. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, sept.-déc.) — Tétanos, par Eichhorst. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre.) — La pathogénie du tétanos, par Augagneur. (*La Province méd.*, 11 déc.) — Tétanos à la suite d'une plaie du cuir chevelu

chez un garçon de 9 ans. Guérison par les bains tempérés et le chloral à la dose moyenne de 6 grammes par jour, par Bossart. (*Rev. médic. Suisse romande,* VI, p. 448.) — Tétanos traumatique ; huit mois plus tard, symptômes tétanoïdes après une vaccination, par Cheesman. (*Med. Record. N. York*, 8 mai.) — Tétanos rhumatismal traité par la pilocarpine, par Brünner. (*Cent. f. klin. Med.*, 18 sept.) — De la tétanie et de la tétanillie, par Althaus. (*Med. News*, 30 oct.)

Thérapeutique. — Formulaire des nouveaux remèdes, par Bardet et Egasse. (2e année, in-18, *Paris.*) — Études de thérapeutique expérimentale, par H. de Störck, traduction par H. Piedvache. (In-8°, *Paris.*) — Les méthodes de la thérapeutique moderne, par E. Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 869, 8 novembre.) — De l'association des médicaments, par Goll. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Quelques observations thérapeutiques, par J.-H. Jones (*New York med. Journal*, 21 août.) — Sur le mode d'action des agents antipyrétiques, par Lépine. (*Semaine méd.*, 22 déc.) — Quelques cas d'intervention thérapeutique à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy, par Theobald-A. Palm. (*Edinb. med. Journ.*, p. 398.) — De l'emploi thérapeutique du sulfate de spartéine, par Leo. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 1 et 2.) — De l'emploi des hypnotiques suivant la cause d'insomnie, par Genkin. (*C. R. Soc. méd. de Kaluya*, 30 nov. 1885.) — Observations cliniques sur l'action thérapeutique de l'antipyrine et de la thalline, par Johnson. (*Lancet*, 28 août.) — De l'action de l'antipyrine sur le rhumatisme articulaire, par Ed. Golebiewski. (Spécifique égal au salicylate.) (*Berlin. klin.* (*Woch.*, 12 juillet.) — De l'antifébrine dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, par Trusheinikoff. (*Russkaïa med.*, n° 44.) — De l'antifébrine dans la fièvre typhoïde, par Berezovsky. (*Ibid.*, n° 43.) — De l'hyoscyamine comme sédatif cérébral, par M. Bruce. (*The Practitioner*, nov.) — Emploi thérapeutique de l'agaric muscarius (fausse oronge), par Nencki. (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte,* 1er juillet.) — Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorure de calcium cristallisé, par G. Spillmann. (*Thèse de Nancy.*) — Iodol, nouvel antiseptique, par Rona. (*Pester med. chir. Presse*, n° 16.) — Emploi thérapeutique de l'iodol, par Pick. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIII, 4.) — Notes cliniques sur la terpine et le terpinol, par Morra. (Broch., *Turin.*) — De l'emploi de la terpine dans les affections broncho-pulmonaires, par Clemente Ferreira. (*Union médicale*, 9 décembre.) — Note sur l'effet thérapeutique des voyages sur les fleuves, par N. Golouboff. (*Méd. Obosr.*, n° 14.)

Thorax. — Des tumeurs du médiastin, par Dartayet. (*Thèse de Paris,* 16 déc.)

Thyroïde. — Recherches sur le développement du thymus et de la thyroïde, par de Meuron. (*Rec. zool. suisse,* III, n° 4.) — Rapports du goitre avec la menstruation et la grossesse, par A. Sloan. (*Edinb. med. Journ.*, n° 85, p. 201.) — Considérations sur le goitre dépendant de la grossesse et de l'accouchement, par Magnin. (*Thèse de Paris,* 22 déc.) — Kyste colloïde hématique du corps thyroïde, par Toison. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 août.) — Tumeur de la thyroïde extirpée d'après la méthode de Socin, par Weir. (*N. York surg. Soc.*, 8 déc.) — Cinq goitres opérés par Weinlechner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 10 déc.) — Goitre cystique opéré par énucléation, par Vachell. (*The Lancet*, 3 juillet.) — L'énucléation intra-glandulaire du goitre, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 12 janv. 1887.) — Extirpations des goitres sans cachexie consécutive, par Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 septembre.) — De la cachexie consécutive à l'ablation du corps thyroïde, par Baumgartner. (*Ibid.*, p. 687, 4 octobre.) — Myxœdème consécutif à l'extirpation du corps thyroïde (cachexie strumiprive), par J. Gordon. (*Lancet*, 10 juill.) — Deux cas d'ablation déjà ancienne du corps

thyroïde, par Burkhardt. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 699.) — Sur l'extirpation du goitre et la cachexie consécutive, par C. Garré. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Traitement du goitre par les préparations iodées, par Vogel. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Traitement du goitre par l'acide phénique, par Haven. (*Weekly med. Review*, 11 sept.) — Goitre traité par l'acide phénique (inject. de 30 gouttes à 5 0/0), par Haven. (*Weekly med. Review*, 11 sept.)

Trachée. — De la trachéite chronique, par Reichert. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 8 novembre.) — Des abcès trachéaux, par Rosenfeld. (*Ibid.*, p. 787, 8 novembre.) — Trachéocèle, par P. Heymann. (*Ibid.*, p. 803, 15 novembre.) — Du pseudo-croup produit par des corps étrangers de la trachée, par Bardeleben. (*Ibid.*, p. 686, 4 octobre.) — Contribution à la statistique de la trachéotomie (9 op., 8 pour croup), par Egidi. (*Arch. ital. di laring.*, VI, 3 et 4.) — Les causes des bourgeons charnus qui rétrécissent la trachée après la trachéotomie, par J. Pauly. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 771, et *59e Congrès allemand.*) — Tumeur intra-trachéale fibrome, par Johnston et Cotterill. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1107.) — Cancer primitif de la trachée, par Beerz. (*The hahnemanian monthly*, sept. 1885.)

Transfusion. — Deux cas de transfusion sanguine pour anémie chronique, par Givel. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 760.) — Un cas de transfusion sanguine dans l'ulcère de l'estomac, guérison, par J.-M. Ludwig. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Étude critique et expérimentale de la transfusion d'eau salée pour ranimer les chiens succombant à l'hémorragie, par H. Kronecker. (*Ibid.*, 15 août.) — Expériences sur les effets des transfusions de sang dans la tête des animaux décapités, par Hayem et Barrier. (*Acad. des sciences*, 31 janv. 1887.) — De la transfusion du sang, par Cavazzani. (*Riv. venet. di sc. med.*, octob.)

Trépanation. — La trépanation dans l'ère moderne, par E. von Berggmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 septembre.) — De l'influence des antiseptiques dans les indications de la trépanation, par Seidel. (*Münch. med. Woch.*, n° 44.) — Sur un cas de trépanation pour une fracture de la voûte avec enfoncement, suivie d'asthénopie accommodative; guérison, par Schwartz. (*Journ. de méd. de Paris*, 30 janv. 1887.)

Tuberculose. — Procédé de recherche des bacilles tuberculeux isolés; remarques sur l'étiologie de la tuberculose, par Biedert. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 713, 18 octobre.) — Sur la culture du bacille de la tuberculose, par Nocard et Roux. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 1.) — Présence des bacilles dans le sang dans la tuberculose miliaire aiguë généralisée, par Sticker. (*Cent. f. klin. Med.*, 1885.) — Remarques sur la colorabilité des bacilles de la tuberculose, par Gottstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 736.) — Obs. microscopiques sur les processus phtisiogènes, par Galbucci. (*Raccoglit. med.*, n° 10.) — Sur les cellules géantes tuberculeuses, par Obrzut. (*Arch. slaves de biol.*, II, n° 3.) — La tuberculo-diphtérie des oiseaux. Ses rapports avec la tuberculose et la diphtérie de l'homme et des animaux, par Leviez. (*Normandie médicale*, 1er octobre.) — Étude climatologique de la phtisie en Pensylvanie, par W. Pepper. (*New York med. Journal*, 4 déc., p. 617.) — Étiologie de la tuberculose, par Masson. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — De la transmission de la tuberculose par les objets de literie, tapis, tentures, etc., par Richard. (*Revue d'hyg.*, VIII, 305, 342.) — Étude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose, par Firket. (*Rev. de méd.*, janv. 1887.) — Contribution statistique à l'étiologie de la phtisie pulmonaire, par Schnyder. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Sur des essais de vaccination anti-tuberculeuse, par Cavagnis. (*Acad. des

sciences, 29 nov.) — Quelques causes de la consomption pulmonaire envisagées au point de vue des doctrines de Darwin, par Mays. (*Med. News*, 27 nov.) — De la tuberculisation primitive de la base des poumons, par Percy Kidd. (*Lancet*, 9 octobre.) — Phtisie ; méningite tuberculeuse, aphasie, par Osler. (*Philad. neurol. Soc.*, 25 oct.) — Paralysie infantile, tuberculose pulmonaire ; hémiplégie droite due probablement à un tubercule cérébral ; autopsie confirmative, présence du bacille dans ce tubercule, par Sigaux. (*Lyon méd.*, p. 349, 14 nov.) — Un cas de tuberculose cérébrale, par Padova. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 92.) — Sur un cas de tuberculose osseuse ayant succédé à une tuberculose pulmonaire, guérie par Favel. (*Gaz. des Hôp.*, 15 janv. 1887.) — Tuberculose génitale, par Trélat. (*Gaz. des Hôp.*, 4 janv. 1887.) — De l'influence de la résection des articulations atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette maladie, par Wartmann. (*Inaug. Diss. Berne.*) — Note sur les amputations pour arthrites quand il y a lésion pulmonaire tuberculeuse, par Pilcher. (*N. York surg. Soc.*, 22 nov.) — De la tuberculose de la peau et des muqueuses, par Schwimmer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 805, 15 novembre.) — De l'action du bacterium termo sur les animaux tuberculeux, par Flora et Maffucci. (*Riv. int. di med.*, n° 9.) — Cinq cas de phtisie pulmonaire traités par le bacterium termo, par Wells. (*Brit. med. Journ.*, p. 1211.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par Filleau et Léon Petit. (Broch., *Paris.*) — Des lavements gazeux comme traitement de la tuberculose des voies aériennes, par Legendre. (*Union médicale*, 18 décembre.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Seiler. (*Assoc. française, Congrès de Nancy.*)

Typhoïde (Fièvre). — Études bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Seitz. (In-8°, *Munich.*) — Le bacille typhique dans les déjections des animaux, par Lepidi Chioti et de Blasi. (*Giorn. int. di scienze med.*, n° 10.) — De la transmissibilité du bacille typhoïde aux animaux domestiques, par Sirotinni. (*Zeit. f. Hygiene*, I, n° 3.) — Étiologie du typhus, telle qu'elle est révélée par plusieurs épidémies récentes, par R. Sinclair. (*Lancet*, 25 septembre.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde à propos de l'épidémie du Pas-des-Lanciers. (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, mai-juin.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Pierrefonds en août et septembre, par Brouardel. (*Acad. des sciences*, 13 déc.) — Fièvre typhoïde causée par des émanations d'égouts. (*Sanitary Record*, p. 491, avril.) — De l'infection iléo-typhique par l'eau potable, par Galbucci. (*La Riforma med.*, 1er déc.) — Du danger du voisinage des basses-cours au point de vue de l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Ory. (*Revue d'hyg.*, VIII, 28.) — De la contagion de la fièvre typhoïde, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, janv. 1887.) — De la mortalité par la fièvre typhoïde suivant les âges, par Mohilansky. (*Vratch*, n° 7.) — De la fièvre typhoïde, par Leymarie. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — De la récidive dans la fièvre typhoïde, par Deshayes. (*Assoc. française, Congrès de Nancy.*) — Triple atteinte de fièvre typhoïde chez la même personne, par Eichhorst. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 décembre.) — Des rechutes dans la fièvre typhoïde d'après 33 obs. avec tracés thermométriques, par Devic. (*Thèse de Paris*, n° 343.) — Deux cas d'hyperpyrexie dans le cours de la fièvre typhoïde, par Moffet. (*Lancet*, 6 novembre.) — Du délire initial de la fièvre typhoïde, par Courbet. (*Thèse de Paris*, 2 fév. 1887.) — Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques et spécialement sur la fièvre pneumo-typhoïde (pneumo-typhus) et sur la fièvre pneumo-paludéenne (pneumo-malaria), par Grasset. (*Montp. médic.*, janvier 1887.) — Fièvre typhoïde à début de méningite cérébro-spinale, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 859, 13 décembre.) — Fièvre typhoïde légère (typhus am-

bulatorius), perforation intestinale au 20e jour; rémission graduelle des accidents; nouvelle perforation et mort au 70e jour, par CH. HOOD. (*Lancet*, 7 août.)—De la pneumonie des typhiques, par FOA et BORDONE-UFFREDUZZI. (*Accad. di med. di Torino*, 19 nov.) — Abcès de la fesse consécutif à la fièvre typhoïde, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 11 décembre.) — Contribution à l'étude de la périostite post typhoïde, par W. IGNATIEFF. (*Méd. Obosr.*, n° 22.) — De la méthode oxydante dans le traitement des fièvres et particulièrement de la fièvre typhoïde, par A. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 décembre.) — Thalline dans la fièvre typhoïde, par EHRLICH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 823, 22 novembre.)

U

Ulcères. — La résine de benjoin comme remède populaire dans le traitement des ulcères, par WOSKRESENSKY. (*Russkaïa med.*, n° 35.) — Ulcère de jambe. Amputation. Guérison; anatomie pathologique de l'ulcère, par ARNOZAN et BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 déc.)

Urémie. — De l'analogie entre quelques formes d'urémie et les intoxications chroniques en général, par M. YANOVSKY. (*Jégén. klin. Gazeta*, n° 24.) — Apoplexie et hémiplégie urémiques, par FLORAND et CANNIOT. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 nov.)

Urètre. — Nouveaux cathéthers destinés à faciliter le cathétérisme aseptique, par CAPONOTTO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet, août.) — La fréquence comparative des rétrécissements de l'urètre dans la race blanche et les races de couleur, par MAC INTOSH et H. R. CARTER. (*New York med. Journ.*, 13 nov,, p. 538.) — Remarques cliniques sur l'examen endoscopique de l'urètre chez l'homme, par H.-G. KLOTZ. (*New York med. Journ.*, 27 nov., p. 589.) — Du traitement des rétrécissements de l'urètre; instrument dilatateur, par MAX SCHÜLLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 juin.) — Rétrécissement de l'urètre avec rétention d'urine; divulsion avec le cathéter de Hunter, par LÉOPOLD CASPER. (*Idem*, 26 juillet.) — Rétrécissement traumatique de l'urètre traité par l'urétrotomie interne et la dilatation continue, par Y. PEARSON. (*Lancet*, 3 juillet.) — Calcul du poids de 80 grammes extrait par l'urètre chez une jeune fille, par BOUTFLOWER. (*Lancet*, 7 août.) — Dilatation rapide et urétrotomie interne, par JANTET. (*Thèse de Lyon*, n° 342.) — Rétrécissement et calcul de l'urètre : urétrotomie externe et interne; mort de pyélite, par ARMSTRONG. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 25 déc., p. 702.) — De l'urétrotomie interne, par PERRIER. (*Thèse de Montpellier*, n° 7.) — Du traitement de l'incontinence d'urine chez la femme après dilatation de l'urètre, par WINKEL. (*Münchener med. Woch.*, n° 12.) — Urétrotomie externe sans conducteur; emploi du thermocautère, par DESGUIN. (*Ann. de la Soc. d'Anvers*, déc.)

Urine. — Nouvelle substance oxydée colorante pathologique de l'urine, par LEUBE. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.)

Urinaires (Voies). — Emploi de la naphtaline dans le traitement des maladies des voies urinaires, par DE PEZZER. (*Assoc. franç. ; Congrès de Nancy*.) — De la naphtaline envisagée particulièrement pour les maladies des voies urinaires, par COURÉMENOS. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — De la rétention médicale des urines, en dehors des affections du système nerveux, par J. CAMES-

CASSE. (*Thèse de Paris*, 8 janv. 1887.) — Rétention d'urine consécutive à une hématurie (obstruction par caillots sanguins), par H. GRAMSHAW. (*Lancet*, 28 août.)

Urticaire. — De quelques formes rares d'urticaire, par E. RAPIN. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, p. 673.) — De l'urticaire, par LAZANSKY. (*Prager med. Woch.*, n° 16.)

Utérus. — De la position normale de l'utérus, par STRATZ. (*Zeit. f. Geburtsh.*, XIII, 2.) — Utérus unicorne avec corne rudimentaire dans laquelle est développé un fibro-myome, par G. ROMITI. (*Bulletin de la Soc. pour la culture des sciences médicales, Sienne.*) — Des rapports de la muqueuse utérine avec les affections des annexes, par CZEMPIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Nouvelle méthode de médication utérine, par GEHRUNG. (*Amer. journ. of obstet.*, déc.) — Hypertrophie unilatérale du segment inférieur du col, par STRATZ. (*Zeit. f. Geburts.*, XII, 2.) — De l'endométrite, par VEIT. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Ramollissement de l'utérus, par C.-D. SCUDDER. (*New York med. Journal*, 18 déc., p. 686.) — Observations comparatives sur le traitement du catarrhe cervical utérin, par J. LVOV. (*Méd. Obosrénié*, n° 20.) — Le traitement de la métrite chronique par la galvanocaustie intra-utérine, ou méthode d'Apostoli, par ADOLF ELSASSER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 886, 20 déc.) — De l'inversion utérine, par KEHRER. (*Idem*, p. 711, 11 octobre.) — Les suites du traitement mécanique de la rétrodéviation de l'utérus, par E. FRAENKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45.) — Rétroflexion utérine. Endométrite. Inconvénients et dangers de la ceinture hypogastrique, par V. GAUTIER. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 693.) De la ligature à tractions élastiques appliquée au traitement de l'inversion utérine, par Ch. PÉRIER. (*Rev. de chir.*, 10 déc.) — Succès du traitement mécanique de la forme commune de rétroflexion utérine, par E. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 710, 11 octobre.) — Prolapsus utérin ; hystérectomie vaginale, par RICHELOT. (*Union médicale*, 5 décembre.) — Trois cas de procidence utérine traités par le galvano-cautère, par J. BYRNE. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 oct., p. 442.) — Du prolapsus utérin et de son traitement chirurgical, par STAUDE. (*Soc. méd. de Hambourg*, 9 fév.) — Traitement du prolapsus de l'utérus et du vagin, surtout chez les femmes âgées, avec observations à l'appui, par C.-M. GREEN. (*Boston med. Journ.*, 30 décembre.) — Opération d'Alexander, sans succès, par SKENE KEITH. (*Edinburg med. Journ.*, p. 55, juillet.) — Opération de Martin, modifiée pour le prolapsus utérin, par HIRST. (*Med news*, 25 déc.) — De la laparotomie par les déviations utérines, par OLSHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 710, 11 octobre.) — Hystéro-trachélorraphie sous l'anesthésie cocaïnique, par CLEVELAND. (*Obst. Soc. of N. York*, 19 oct.) — Quatre cas de rupture de l'utérus, par SWAYNE. (*London obst. Soc.*, 6 oct.) — Ostéomalacie ; rupture de l'utérus ; laparotomie, par ANT. FABRE. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 626.) — Vingt cas d'hystérectomie vaginale, par STAUDE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 602.) — Double pyo-salpyngite avec abcès de l'ovaire ; laparatomie ; guérison, par MUNDÉ. (*Obst. Soc. of N. York*, 7 déc.) — Hémato-salpyngite, laparotomie ; guérison, par MUNDÉ. (*Idem*, 7 déc.) — Trois cas de salpyngite purulente traités par la laparotomie, par IMLACH. (*Lancet*, 23 octobre.) — Quatre cas d'inflammation chronique des annexes de l'utérus, par LAWSON TAIT. (*The Lancet*, 10 juillet.) — Quatorze extirpations de trompes de Fallope suppurées, par GUSSEROW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 735, 18 octobre.) — Quinze cas d'extirpation des trompes utérines par MEINERT. (*Ibid.*. p. 735, 18 octobre.) — Des affections des trompes, par A. MARTIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Des phénomènes de congestion utérine annonçant le prochain développement de myomes, par

Olshausen. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.) — La ligature élastique dans les myomotomies et dans les amputations sus-vaginales du col, par J. Kuhn. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er déc.) — Extirpation de l'utérus pour fibrome; guérison, par Charles-T. Parkes. (*Journ. of Amer. med. Assoc.,* 23 octobre, p. 471.) — Fibromyome utérin ; amputation sus-vaginale: guérison, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 11 oct.) — Tumeur fibreuse de l'utérus extirpée après dilatation chez une vierge de 38 ans pour dysménorrhée, par J. Rendu. (*Lyon méd.*, p. 451, 5 déc.) — Fibromyome et carcinome de l'utérus, par W. Wagner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 501.) — Fibrome kystique volumineux (23 kilogr.) de l'utérus; hystérectomie ; guérison, par Terrillon. (*Revue de chir.*, 10 août.) — Tumeur fibro-cystique de l'utérus développée dans l'épaisseur du ligament large ; laparotomie ; guérison, par Le Bec. (*Bull. de la Soc. de chir.,* XII, p. 528.) — Amputation sus-vaginale d'un utérus gravide avec tumeur fibroïde multiloculaire, par Etheridge. (*Gynec. Soc. of Chicago,* 17 sept.) — Fibrome interstitiel extirpé par énucléation vaginale chez une vierge, par Mundé. (*Obst. Soc. of N. York*, 7 déc.) — Du traitement des myomes utérins, par Knowsley Thornton. (*Lancet*, 30 octobre.) — Hystérectomie partielle dans un cas de fibro-myome, par Braithwaite. (*Lancet*, 17 juillet.) — Opération pour un fibro-myome intra-ligamenteux de l'utérus, par Saenger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 25 octobre.) — Ganglion sus-claviculaire gauche, cancéreux, dans un cas de cancer du col de l'utérus, par Raymond. (*Société médicale des hôpitaux*, 25 novembre.) — Cancer de l'utérus traité par la méthode de Vulliet, par Mme Gaches-Sarraute. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 nov.) — Ablation d'un épithélioma du col utérin ; guérison remontant à 30 mois, par Pamard. (*Assoc. franç. ; Congrès de Nancy*.) — Tumeurs carcinomateuses des ligaments larges ; péritonite franche et carcinose aiguë, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 7 déc.) — Un cas de cancer primitif du col de l'utérus traité selon la méthode de Vulliet, par A. Wisard. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 441.) — De la guérison durable du cancer du col utérin, par Hofmeier. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 784, 8 novembre.) — Traitement chirurgical du cancer utérin, par de Madec. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Extirpation vaginale d'un cancer utérin; guérison, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 22 déc.) — Cancer de l'utérus chez une multipare enceinte de six mois : épaule transformée en siège par la version combinée ; accouchement spontané ; hystérectomie vaginale totale vingt-quatre jours après l'accouchement ; guérison, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris,* 13 novemb.) — Épithéliome fongueux multiple du vagin ; récidive après raclage. Extirpation totale de l'utérus et des deux tiers supérieurs du vagin, par Schwarz. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.) — Hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus; guérison, par Rob. Funkhouser. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 30 octobre.) — Contribution à l'amputation utéro-ovarique sus-vaginale, par Valerani. (Broch. *Turin*.) — Soixante cas d'extirpation totale de l'utérus cancéreux, par Fritsch. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 3.) — De la guérison radicale du cancer du col par les opérations, par Hofmeier. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.)

V

Vaccin. — A propos de la technique des vaccinations animales, par Krückmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Un page de l'histoire de la vaccine, par Kuborn. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, octobre.) — Dégé-

nérescence du vaccin; moyen d'empêcher l'atténuation de ce virus, par Pourquier. (*Acad. des sciences*, 17 janv. 1887.) — Inoculation vaccinale suivie d'accidents inflammatoires. Diarrhée cholériforme. Mort, par Dauchez. (*France médicale*, 26 octobre.)

Vagin. — De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence de vagin, par Schlesinger. (*Berl. klin. Woch.*, p. 751, 25 octobre.) — Traitement chirurgical des déchirures du vagin, par Lauenstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 500.) — Cancer primitif du vagin avec obstruction de l'urètre et rétention d'urine, par Herman. (*Lancet*, 2 octobre.)

Vaisseau. — Obs. sur la chirurgie du système vasculaire, anévrismes, varices, hémorragie, par Duncan. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Contribution à l'étude de l'action des courants continus sur la tension vasculaire, par Balp. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juin.)

Varicelle. — Bactéries de la varicelle, par Guttmann. (*Brit. klin. Woch.*, p. 802, 15 novembre.) — Diagnostic et complications de la varicelle, par Le Gendre. (*Le Concours méd.*, 22 janv. 1887.)

Variole. — L'épidémie variolique de 1885 à Bâle, par Th. Lotz. (*Corr. Blatt. für schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Note sur une épidémie de variole à Craonnelle, par Lécuyer. (*Union méd. du Nord-Est*, déc.) — Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés, par Larroque. (*Union médicale*, 27 novembre.) — Prophylaxie de la variole, par Lotz. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Prophylaxie de la variole aux États-Unis; service d'inspection médicale des voyageurs par chemin de fer. (*Sanitary Record*, p. 378, février.) — Recherches bactériologiques sur le contenu de la pustule variolique, par Guttmann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, VI, 2.) — Variole et vaccine coïncidentes, par L. Oberlin. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er av.) — Nature des éruptions prodromiques de la variole, par Wolffberg. (*Berl. klin. Woch.*, 9 mars 1885.) — Sur un cas de variole modifiée par la syphilis, par Dornet. (*Journ. de méd. de Paris*, 30 janv. 1887.) — Du traitement hydrothérapique de la variole, par Riche. (*Thèse de Lyon*, n° 346.)

Veine. — De la trombose et des caillots, par Schœnborn, Naunyn et Baumgarten. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août.) — Traitement des varices par injection d'acide phénique, par Stevenson. (*Lancet*, 23 octobre.) — Rupture d'une varice de la grande lèvre pendant le travail de l'accouchement, par Atkinson. (*Lancet*, 30 octobre.)

Vessie. — Un cas d'ectopie congénitale de la vessie chez un enfant d'un an et demi, par Schild. (*Inaug. Diss. Stuttgart.*) — Extirpation d'une vessie exatrophiée, par P. Niehans. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Deux cas de rupture intra-péritonéale de la vessie traités avec succès par l'incision abdominale et la suture, par William Mac Cormac. (*Lancet*, 11 décembre.) — Rupture de la vessie, laparotomie. Mort, par Duncan. (*Lancet*, 28 août.) — Rupture de la vessie par violence indirecte (tiraillement de la cloison vésico-vaginale), suture. Guérison, par Armstrong. (*Lancet*, 13 novembre.) — Rupture spontanée de la vessie dans un effort de défécation, par Brown et Macgill. (*Lancet*, 20 novembre.) — Un cas de rupture de la vessie par contusion du périné, par Zématzky. (*Wratch*, n° 8). — De la litholapaxie chez les enfants et chez les adultes, par Revgan. (*Lancet*, 4 décembre.) — Traitement des calculs de la vessie par la litholapaxie. par Freyer. (In-8°, *Londres.*) — Traitement des calculs de la vessie, 20 cas de litholapaxie, 1 taille latérale, 1 sus-pubienne, par

Cabot. (*Boston med. journ.* 2 déc.) — Fracture spontanée d'un calcul urique de la vessie chez uu homme de 50 ans, par J. S. Watson. (*Boston med. Journ.*, 2 décembre.) — Extirpation d'un fibro-myome sessile des parois vésicales. Guérison, par Tassi. (*Bull. Accad. med. di Roma*, juin) — Cystotomie sus-pubienne chez un enfant de l'âge de deux ans avec suture de la vessie et guérison par première intention, par Violano. (*Annali universali di med.*, juillet.) — Taille sus-pubienne pour sarcome de la vessie, par R. Weir. (*Med. News*, 4 déc.) — Tumeur de la vessie, taille sus-pubienne, extirpation de la tumeur du fond de la vessie, suture des deux parois; guérison, par Lange. (*N. York surg. soc.*, 8 nov.) — Tumeurs de la vessie, par Eberman. (*Wratch*, n° 8.) — Un cas de papillome villeux de la vessie, ablation par la taille sus-pubienne; guérison, par De Paoli. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, sep.) — Un appareil simplifié pour le lavage de la vessie, par Frank Holyoke. (*Boston med. journ.*, 4 novembre.) — Sur l'emploi des injections d'iodoforme dans la cystite tuberculeuse, par Locquin. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv. 1887.) — De la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique, par Guyon. (*Acad. des sciences*, 14 mars 1887.) — Etiologie de la cystite puerpérale, par Bumm. (*Berl. klin. Woch.*, 9 août.) — Lithotomie sus-pubienne, deux ans après l'extirpation d'une tumeur vésicale, par l'opération périnéale, par Bernard Pitts. (*Brit. med. journ.*, p. 1099, déc.) — Calculs enclavés au col de la vessie, par Asmundo. (*La riforma. med.*, 12 fév. 1887.) — Calcul enchatonné dans la vessie, chez un jeune homme de 18 ans, taille hypogastrique, guérison sans qu'une sonde à demeure soit restée dans le canal de l'urètre, par Fleury. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars 1887.) — Papillome de la vessie extirpé avec succès, par l'opération sus-pubienne, par Buckston Browne. (*Brit. med. journ.*, p. 204, janv. 1887.) — Rupture de la vessie par traumatisme : nouvelle rupture sept ans plus tard, par H. Morris. (*Brit. med. journ.*, p. 454, fév. 1887.)

Vin. — Expériences sur les bouquets artificiels des vins et des spiritueux, par Poincaré. (*Revue d'hyg.*, VIII, 157.)

Vision. — De la vision indirecte des formes et des couleurs, par Albini. (*Giorn. dell'Accad. R. di med. di Torino*, août.) — Faits complémentaires relatifs à l'intensité des sensations lumineuses, par Charpentier. (*Arch. d'ophtalmologie*, VI, n° 4, p. 289.) — Des sensations visuelles anormales, par F. Cross. (*Am. Journ. of the med. sc.*, oct. p. 415.) — De l'acuité visuelle suivant l'intensité lumineuse déterminée au photomètre, par Cohn. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 9, sept.) — De l'exactitude et de la précision des lettres-types habituellement employées pour l'examen de l'acuité visuelle, par Bellarminoff. (*Arch. f. Augenh.*) — Gamme de couleurs pour mesurer le sens chromatique, par Jeaffreson. (*Lancet*, 17 juillet.) — L'éclairage et l'acuité visuelle, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 767, 1er novembre.) — Sur l'étude du champ visuel au point de vue de l'électrothérapie, par Leagagrd. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 6.)

Vomissement. — Traitement de certaines formes de vomissement, par Atkinson. (*The Practitioner*, nov.)



